

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

4º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

O IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM FASE TERMINAL

Dissertação de Mestrado apresentada para a
obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos, sob a orientação da Professora
Doutora Manuela Cerqueira.

Rita Cavadas Gonçalves Barbosa Ramos¹

Porto, 2014

¹ Enfermeira na Associação Inválidos do Comércio

PENSAMENTOS

“Lentamente, inclino-me sob o peso da impotência.

Sinto-a na minha própria vida e vivo com ela no meu trabalho.

O segredo consiste em não a temer nem fugir dela.

Os moribundos sabem que não somos Deus.

Pedem apenas que não os abandonemos. “ (Cassidy, S., 1988)

“O senhor é importante por ser quem é.

Continua a ser importante até ao último momento da sua vida,

E faremos tudo quanto pudermos, não só para que morra em paz,

Mas para que viva até morrer.” (Saunders, C., s.d.)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Manuela Cerqueira pela dedicação, disponibilidade e apoio incondicional, sem o qual não seria possível a execução desta dissertação. Obrigada pelo incentivo e paciência e por me ter feito acreditar que era capaz. Obrigada pela ajuda, esclarecimentos e sugestões!

Aos Médicos, Enfermeiros e Cuidadores Formais que se disponibilizaram para participar neste estudo e partilharam momentos do seu quotidiano!

À minha mãe, ao meu irmão e restante família pelo carinho, incentivo, paciência e pelo tempo roubado nas vindas ao Porto! A ti, pai, que apesar de ausente fisicamente, estás sempre comigo e és motivo de força no meu caminho profissional!

Aos meus avós, pelo acompanhamento e exemplos de vida! A ti, avô, que apesar de frágil tens sempre aquela palavra e carinho de incentivo!

À Catarina, pelo desafio do Mestrado! Pela amizade, companheirismo, carinho e apoio incansável! Obrigada por não me deixares desistir!

À Diana, pela amizade e compreensão! Obrigada pelo ombro amigo nos momentos de “maior aperto”!

À minha família de Lisboa. Têm sido incansáveis! Um Obrigada especial aos meus tios Ana, Constantino, Mário e António e prima Laura!

À Catarina, Diana, Marta, Daniel, António e Marcelo pela ajuda “logística”!

Muito Obrigada!

RESUMO

Hoje, assiste-se a uma alteração do lugar da vivência da velhice do seu meio residencial para a estrutura residencial. A institucionalização é sempre difícil, pelo sentimento de perda e “abandono” que os idosos percebem. Quando o idoso se encontra na fase terminal numa estrutura residencial deve ter direito a uma prestação de cuidados ativos e personalizados, orientados para a pessoa preservando assim a sua dignidade. Neste sentido, os Cuidados Paliativos serão a resposta a um cuidado humano da vida do idoso. Com o intuito de contribuir para a capacitação dos Profissionais de Saúde de uma estrutura residencial na tomada de decisão perante a pessoa idosa em fase terminal, surgiu a questão “Que tomada de decisão é efetuada pelos Profissionais de Saúde numa estrutura residencial perante a pessoa idosa em fase terminal?” com o objetivo geral de Compreender que tomada de decisão é efetuada pelos Profissionais de Saúde numa estrutura residencial perante a pessoa idosa em fase terminal.

METODOLOGIA: Estudo qualitativo – descritivo - exploratório; recolha de dados efetuada: entrevista semi -estruturada. Participantes: 10 Profissionais de Saúde numa estrutura residencial. Efetuada análise de conteúdo segundo Bardin (2011). A opção pelo paradigma qualitativo residui na falta de conhecimento do fenómeno, e na necessidade de compreender toda a complexidade que norteia a tomada de decisão nos cuidados.

O estudo respeitou os princípios ético-morais e apenas permite a transferibilidade.

RESULTADOS: Definir pessoa idosa em fase terminal é difícil para os Profissionais de Saúde numa estrutura residencial. Definem Cuidados Paliativos como cuidados sobretudo de conforto na dimensão física e emocional, incluindo o alívio sintomático e de sofrimento.

Os cuidados que prestam são sobretudo cuidados instrumentais; promotores de conforto, promotores de alívio sintomático, promotores de afeto, administração e gestão de terapêutica e preventivos. O idoso em fase terminal apenas participa nos cuidados se apresentar capacidades intelectuais para o fazer. Relativamente ao papel da família do idoso em fase terminal é considerado importante dado que é o elemento da equipa multidisciplinar que melhor o conhece.

São diversas as dificuldades, nomeadamente: rácio humano insuficiente, disponibilidade insuficiente, definir os limites da intervenção clínica, deparar-se com prescrições terapêuticas desajustadas à situação clínica, formação inexistente em Cuidados

Paliativos, adequar o padrão alimentar, lidar com o processo de morrer, aceitar o fim da vida, elaborar um plano ajustado às necessidades efetivas do idoso, validar as queixas dos idosos, gerir as emoções e compreender os sentimentos do idoso. A formação em Cuidados Paliativos, a existência de prescrições adequadas à situação clínica e a existência de comunicação entre os pares foram as principais necessidades identificadas. O envolvimento da Equipe de Saúde, a informação da família, o respeito pela tomada de decisão do idoso, a tomada de decisão em Equipe de Saúde são estratégias adotadas na tomada de decisão.

Os sentimentos experienciados na tomada de decisão perante o idoso em fase terminal, são diversos: dever cumprido, tristeza, impotência, satisfação, angústia, frustração, dúvida e revolta. Como estratégias de *coping* salientam a participação em reuniões multidisciplinares, a exteriorização de sentimentos, a adoção de uma atitude reflexiva, a partilha de experiências com a Equipe de Saúde e a expressão de sentimentos.

No quotidiano, são confrontados com situações de grande complexidade que lhes exige uma tomada de decisão. Decidir até quando investir em medidas curativas, até quando aceitar decisões terapêuticas com intuito curativo, até quando prolongar a vida, são alguns dos dilemas que se lhes colocam.

CONCLUSÃO: A tomada de decisão dos Profissionais de Saúde perante o idoso em fase terminal é um momento complexo e causador de alguma tensão. Para tal, os mesmos adotam estratégias que os ajudam nesse sentido: o envolvimento da Equipe de Saúde e a tomada de decisão em Equipe de Saúde foram as estratégias mais mencionadas pelo grupo de participantes. Compete aos Profissionais de Saúde tomar decisões que vão de encontro às necessidades do idoso em fase terminal que o beneficie.

Palavras-chave: Cuidar; Estrutura residencial; Idoso em fase terminal; Tomada de decisão.

ABSTRACT

Nowadays we are witnessing a change of the place of living of the elderly from their home to a residential structure. Institutionalization is always difficult because of the feeling of loss and "abandonment" that seniors perceive. When the old person is terminally ill in a residential structure they should be entitled to the benefit of active and personalized care oriented to that person thus preserving their dignity. In this sense, palliative care will be the answer to a humane care of the elder's life. In order to contribute to the capacity building of healthcare professionals in a residential structure in decision-making concerning the elderly in terminal phase, the question arose "What decision is made by the Healthcare Professionals of a residential structure concerning the elderly in terminal phase?" with the general objective to understand what decision is made by the Healthcare Professionals of a residential structure concerning the elderly in terminal phase.

METHODOLOGY: Qualitative study - descriptive - exploratory; data collecting performed: semi-structured interview. Participants: 10 Healthcare Professionals of a residential structure. Analysis of the contents performed according to Bardin (2011). The choice of the qualitative paradigm was due to the lack of knowledge of the phenomenon and the need to understand all the complexity that guides decision-making in nursing. The study complied with ethical and moral principles and only allows transferability.

RESULTS: To define terminally ill elderly is difficult for the Healthcare Professionals of a residential structure. They define palliative care as, especially, comfort care in physical and emotional dimension, including symptomatic and pain relief. The care they provide is mainly instrumental care; promoters of comfort, promoters of symptomatic relief, promoters of affection, administration and management of therapeutics and preventive medicine. The elderly in terminal phase only participate in their care if they present intellectual capacity to do so. Concerning the role of the family of the terminally ill elderly it is considered important as they are the element of the multidisciplinary team that knows the elderly best. There are several difficulties namely: insufficient human ratio, insufficient availability, to define the boundaries of clinical intervention, to face therapeutic prescriptions inadequate to the clinical situation, non-existing training in palliative care, to adequate food standard, to deal with the process of dying, to accept the end of life, to develop a plan adjusted to the actual needs of the

elderly, to validate the elder's complaints, to manage emotions and to understand their feelings. The main needs identified were: training in Palliative Care, existence of prescriptions adequate to the clinical situation and the existence of communication between peers. The involvement of the Healthcare Team, family information, respect for the decision- making of the elderly, decision-making in healthcare team are strategies adopted in decision-making. The different feelings experienced in decision-making before the terminally ill elderly are: accomplishment, sadness, helplessness, satisfaction, anxiety, frustration, doubt, and revolt. As coping strategies they emphasize: participation in multidisciplinary meetings, externalization of feelings, adopting a reflexive attitude, sharing experiences with the healthcare team and expressing their feelings. In everyday life they have to face situations of great complexity that require decision-making. Deciding until when they should invest in curative measures, until when to accept therapeutic decisions with curative intent, until when to prolong life are some of the dilemmas they have to face up.

CONCLUSION: The healthcare professionals' decision- making concerning the terminally ill elderly is a complex moment causing some tension. To this end they adopt strategies that help them to do so: the involvement of the Healthcare Team and decision-making in Healthcare Team were the strategies most mentioned by the group of participants. It is up to healthcare professionals to make decisions that meet the needs of the terminal phase elderly and that best benefit them.

Keywords: take care; residential structure; terminally ill elderly; decision-making.

SIGLAS

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVD's - Atividades de Vida Diária

CP - Cuidados Paliativos

DGS - Direção Geral da Saúde

EAPC - European Association for Palliative Care

ER - Estrutura Residencial

ERI - Estrutura Residencial para Idosos

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

PS - Profissionais de Saúde

SAD - Serviço de Apoio a Dependentes

SFAP - Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

WHO - World Health Organization

ÍNDICE GERAL

PENSAMENTOS	3
AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	7
SIGLAS	9
INTRODUÇÃO.....	18
I PARTE	21
CONCEITOS CENTRAIS DO ESTUDO.....	21
1.O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	22
1.1. Ser Idoso.....	24
1.2. Ser Idoso com uma Doença Terminal	27
2. O IDOSO NA ESTRUTURA RESIDENCIAL	31
2.1. A Família do Idoso em Fim de Vida na Estrutura Residencial	35
3. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL E O CUIDAR DO IDOSO EM FASE TERMINAL	38
3.1. Dilemas Éticos no Cuidar em Fim de Vida.....	39
3.2. Gestão Emocional no Cuidar ao Idoso em Fase Terminal	42
3.3. Tomada de Decisão no Cuidar ao Idoso em Fase Terminal.....	45
II PARTE.....	49
DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA	49
1. PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DE ESTUDO	50
2. METODOLOGIA.....	53
2.1. Tipo de Estudo	55
2.2. Estratégias de Recolha de Dados	56
2.3. População do Estudo.....	57
2.4. Terreno da Pesquisa	60

2.5. Questões Éticas	61
2.6. Tratamento e Análise de Dados	62
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	64
3.1. Conceito de Pessoa Idosa em Fase Terminal	71
3.2. Conceito de Cuidados Paliativos	76
3.3. Cuidados Prestados ao Idoso em Fase Terminal.....	81
3.4. Percepção dos Profissionais de Saúde relativamente aos Cuidados Prestados ao Idoso em Fase Terminal com a Intencionalidade de uma Morte Digna	86
3.5. Participação do Idoso nos Cuidados	88
3.6. Envolvimento da Família do Idoso em Fase Terminal nos Cuidados	91
3.7. Papel da Família numa Estrutura Residencial para Idosos	94
3.8. Dificuldades Sentidas pelos Profissionais de Saúde ao Prestar Cuidados ao Idoso em Fase Terminal.....	97
3.9. Necessidades Sentidas pelos Profissionais de Saúde ao Prestar Cuidados ao Idoso em Fase Terminal.....	103
3.10. Dilemas Éticos que Emergem aos Profissionais de Saúde no Cuidar do Idoso em Fase Terminal	108
3.11. Estratégias Mobilizadas pelos Profissionais de Saúde para Superarem os Dilemas Éticos	113
3.12. Estratégias Adotadas pelos Profissionais de Saúde na Tomada de Decisão....	117
3.13. Sentimentos que Emergem aos Profissionais de Saúde na Tomada de Decisão	121
3.14. Estratégias de Coping Adotadas pelos Profissionais De Saúde na Tomada de Decisão.....	124
3.15. Sugestão/Comentário para um Melhor Cuidar do Idoso Institucionalizado em Fase Terminal	126
4. DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....	130
5. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165

ANEXOS.....	173
APÊNDICES	176

INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos Profissionais de Saúde, segundo Género, Idade e Habilitações Literárias.....	58
Quadro 2: Caracterização dos Profissionais de Saúde, segundo Categoria Profissional, Tempo de experiência na Estrutura Residencial para Idosos e Local	59
Quadro 3: Temas, Categorias e Subcategorias identificados nas entrevistas realizadas aos Profissionais de Saúde de uma ERI.....	64
Quadro 4: Conceito de pessoa idosa em fase terminal na perspetiva dos Médicos de uma ERI.....	72
Quadro 5: Conceito de pessoa idosa em fase terminal na perspetiva dos Enfermeiros de uma ERI.....	72
Quadro 6: Conceito de pessoa idosa em fase terminal na perspetiva dos Cuidadores Formais de uma ERI.....	74
Quadro 7: Conceito de Cuidados Paliativos na perspetiva dos Médicos de uma ERI..	76
Quadro 8: Conceito de Cuidados Paliativos na perspetiva dos Enfermeiros de uma ERI	77
Quadro 9: Conceito de Cuidados Paliativos na perspetiva dos Cuidadores Formais de uma ERI.....	78
Quadro 10: Cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Médicos de uma ERI	81
Quadro 11: Cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Enfermeiros de uma ERI.....	82
Quadro 12: Cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Cuidadores Formais de uma ERI.....	84
Quadro 13: Perceção dos Médicos de uma ERI relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna.....	86
Quadro 14: Perceção dos Enfermeiros de uma ERI relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna	87
Quadro 15: Perceção dos Cuidadores Formais de uma ERI relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna	87
Quadro 16: Participação do idoso nos cuidados na perspetiva dos Médicos de uma ERI	89

Quadro 17: Participação do idoso nos cuidados na perspectiva dos Enfermeiros de uma ERI.....	89
Quadro 18: Participação do idoso nos cuidados na perspectiva dos Cuidadores Formais de uma ERI.....	90
Quadro 19: Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados na perspectiva dos Médicos de uma ERI	91
Quadro 20: Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados na perspectiva dos Enfermeiros de uma ERI	92
Quadro 21: Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados na perspectiva dos Cuidadores Formais de uma ERI.....	93
Quadro 22: Papel da família numa ERI na perspectiva dos Médicos de uma ERI.....	95
Quadro 23: Papel da família numa ERI na perspectiva dos Enfermeiros de uma ERI...	95
Quadro 24: Papel da família numa ERI na perspectiva dos Cuidadores Formais de uma ERI.....	96
Quadro 25: Dificuldades sentidas pelos Médicos de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal.....	98
Quadro 26: Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal	99
Quadro 27: Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Formais de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal.....	101
Quadro 28: Necessidades sentidas pelos Médicos de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal.....	103
Quadro 29: Necessidades sentidas pelos Enfermeiros de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal	104
Quadro 30: Necessidades sentidas pelos Cuidadores Formais de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal.....	106
Quadro 31: Dilemas éticos que emergem aos Médicos de uma ERI no cuidar do idoso em fase terminal.....	109
Quadro 32: Dilemas éticos que emergem aos Enfermeiros de uma ERI no cuidar do idoso em fase terminal.....	109
Quadro 33: Dilemas éticos que emergem aos Cuidadores Formais de uma ERI no cuidar do idoso em fase terminal.....	111
Quadro 34: Estratégias mobilizadas pelos Médicos de uma ERI para superarem os dilemas éticos	113

Quadro 35: Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros de uma ERI para superarem os dilemas éticos	114
Quadro 36: Estratégias mobilizadas pelos Cuidadores Formais de uma ERI para superarem os dilemas éticos	115
Quadro 37: Estratégias adotadas pelo Médicos de uma ERI na tomada de decisão ...	117
Quadro 38: Estratégias adotadas pelos Enfermeiros de uma ERI na tomada de decisão	118
Quadro 39: Estratégias adotadas pelos Cuidadores Formais de uma ERI na tomada de decisão	120
Quadro 40: Sentimentos que emergem aos Médicos de uma ERI na tomada de decisão	120
Quadro 41: Sentimentos que emergem aos Enfermeiros de uma ERI na tomada de decisão	121
Quadro 42: Sentimentos que emergem aos Cuidadores Formais de uma ERI na tomada de decisão	121
Quadro 43: Estratégias de coping adotadas pelos Enfermeiros de uma ERI na tomada de decisão	124
Quadro 44: Sugestões/Comentários dos Enfermeiros de uma ERI para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal	126
Quadro 45: Sugestões/Comentários dos Cuidadores Formais de uma ERI para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal	128

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Conceito de pessoa idosa em fase terminal”	75
Tabela 2: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Conceito de Cuidados Paliativos”	79
Tabela 3: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Cuidados prestados ao idoso em fase terminal”	85
Tabela 4: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Percepção dos Profissionais de Saúde de uma ERI relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna”	88
Tabela 5: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Participação do idoso nos cuidados”	91
Tabela 6: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados”	94
Tabela 7: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Papel da família do idoso em fase terminal numa ERI”	97
Tabela 8: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Dificuldades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal”	102
Tabela 9: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Necessidades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal”	107
Tabela 10: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Dilemas éticos que emergem aos Profissionais de Saúde no cuidar do idoso em fase terminal”	112
Tabela 11: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Estratégias mobilizadas pelos Profissionais de Saúde para superarem os dilemas éticos”	116
Tabela 12: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Estratégias adotadas pelos Profissionais de Saúde na tomada de decisão” ...	120
Tabela 13: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Sentimentos que emergem aos Profissionais de Saúde na tomada de decisão”	123

Tabela 14: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Estratégias de coping adotadas pelos Profissionais de Saúde na tomada de decisão ” 125

Tabela 15: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema “Sugestões/Comentários para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal” 129

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade com que a sociedade atual se confronta. O número de pessoas com mais de 60 anos, em termos de proporção da população global, aumentará de 11% em 2006 para 22% em 2050 (Organização Mundial da Saúde, 2009).

Em 2050, 80% da população idosa mundial viverá em países em desenvolvimento, enquanto em 2005 essa percentagem era de 60% (OMS, 2009).

Face a esta revolução demográfica, surge o incremento das doenças crónicas, evolutivas e terminais, a ingressão de novas tecnologias nos cuidados de saúde tendo como meta a cura e o prolongamento da vida. Contudo o resultado alcançado não foi a cura mas sim o prolongamento do sofrimento e a negação da morte. Neste sentido, os idosos acabaram por ingressar em estruturas residenciais onde terminam a sua vida. Em Portugal não temos dados concretos sobre quantos idosos vivem em estruturas residenciais, mas sabemos através dos Censos de 2011 que os idosos com 65 ou mais anos, residente em Portugal são de 2 023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total (Eurostat, 2011; Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Uma estrutura residencial segundo a Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março é um estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem (Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012). A este respeito, cuidar do idoso em fim de vida em estruturas residenciais chama os Profissionais para o paradigma do cuidado. Refere Pessini (2001) *“O cuidado deve ter sempre prioridade sobre a cura pelas razões mais óbvias: nunca existe uma certeza de que nossas doenças possam ser curadas ou que nossa morte possa ser evitada. Eventualmente elas podem e devem triunfar. Nossas vitórias sobre a doença e a morte são sempre temporárias, mas nossas necessidades de apoio, cuidado diante delas, são sempre permanentes”* (p. 218). Desta forma, os Cuidados Paliativos serão a resposta a um cuidar humano, em que o processo de morrer é entendido como uma etapa que pertence à vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define Cuidados Paliativos (CP) como cuidados ativos, totais prestados a doentes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controlo da dor e de outros sintomas, a abordagem aos problemas de ordem

psicológica, social e espiritual são o mais importante. O objetivo do Cuidado Paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os doentes e suas famílias. Assim, para uma prestação de Cuidados Paliativos de qualidade é essencial ter em consideração quatro áreas fundamentais: controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e o trabalho em equipa (Neto, 2004).

Neste contexto, o objetivo dos cuidados deve ser o de preservar a dignidade do idoso que experiencia a última etapa da vida. Salientamos que o conceito de fim de vida é entendido, conforme refere Capelas e Neto (2010) *“aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com intensos problemas de saúde devido ao sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3-6 meses”* (p. 786).

Preservar a dignidade ao idoso em fim de vida exige que os Profissionais de Saúde (PS) que respeitem o princípio da autonomia. Este princípio requer que haja informação para que o idoso possa tomar decisões com responsabilidade. Segundo Elizari (1996) *“a informação não deve pretender inundar o doente com um amontoado de dados, mas oferecer-lhe os conteúdos fundamentais para uma opção realista acerca do seu tratamento e de acordo com os seus próprios valores e objetivos”*. (p.244)

Num estudo realizado por Carmel (1999) sobre as preferências de tratamento no fim da vida em idosos, sobressai que as opções tomadas pelos Profissionais de Saúde ou pelos familiares, são basicamente diferentes daquelas que os idosos escolheriam se fossem autónomos. Também a nossa experiência profissional vem demonstrando, que a tomada de decisão perante o fim de vida, dos Profissionais de Saúde em estruturas residenciais é difícil, tentando por vezes manter a vida a todo o custo. Carmel (1999) num estudo, realizado a idosos e médicos, relativo à preferência de tratamento de suporte de vida, concluíram que por receio de consequências legais e sociais, os médicos tendem a tomar atitudes terapêuticas mais "agressivas" para os doentes, do que tomariam para eles próprios se estivessem numa situação similar. Impõe-se assim, tendo por base estes pressupostos, a motivação/curiosidade pessoal e a experiência profissional como enfermeira numa estrutura residencial para idosos (ERI), colocar a questão de investigação: *Que tomada de decisão é efetuada pelos Profissionais de Saúde numa estrutura residencial perante a pessoa idosa em fase terminal?*, com o objetivo geral de Compreender que tomada de decisão é efetuada pelos Profissionais de Saúde numa estrutura residencial perante a pessoa idosa em fase terminal. Pretende-se assim,

contribuir para a capacitação dos Profissionais de Saúde das estruturas residenciais na tomada de decisão perante a pessoa idosa em fase terminal.

O presente estudo está organizado em duas partes que constituem um todo. Na primeira parte, a fundamentação teórica, debruçando-se sobre os conceitos centrais do estudo: o envelhecimento na sociedade contemporânea; o idoso na estrutura residencial e os Profissionais de Saúde e o cuidar do idoso em fase terminal.

Na segunda parte – Da problemática à metodologia, serão apresentados: a metodologia; a análise dos resultados; a discussão dos resultados; as conclusões e implicações do estudo e finalmente, é referida a literatura consultada.

I PARTE

CONCEITOS CENTRAIS DO ESTUDO

1. O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Em todo o mundo o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária (World Health Organization, 2002). Salienta Pinto (2006), que este facto se deve à diminuição da taxa de natalidade, associado ao declínio da mortalidade e aumento da esperança média de vida.

De acordo, com os estudos demográficos realizados e publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 2001 e 2011 verificou-se um crescimento de 2% da população residente em Portugal (INE, 2013). A estrutura etária da população, observada na pirâmide da população atual, dá ênfase aos desequilíbrios já demonstrados na década passada. Constata-se uma diminuição da base da pirâmide, que corresponde à população mais jovem, e um alargamento do topo relacionado com o aumento da população idosa. Portugal, tem perdido população em todas as faixas etárias principalmente entre os 0 e os 29 anos, cresceu 9% nas idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos; para as idades acima dos 69 anos o crescimento foi aproximadamente de 26%. A percentagem de jovens com idade inferior a 15 anos diminuiu para os 15%, enquanto a % de idosos aumentou para 19% do total da população. Verifica-se que o processo de envelhecimento demográfico da população ocorrido na última década é uma realidade à escala mundial (INE, 2013).

Salienta-se também o facto de a Europa ser uma das regiões mais envelhecidas do mundo e Portugal ser um dos países em que se verifica maior envelhecimento demográfico (INE, 2013). Este fenómeno em Portugal também se deve à diminuição da mortalidade resultante do aumento da esperança média de vida, à redução da natalidade consequência da diminuição dos níveis de fecundidade. A entrada de estrangeiros para Portugal na última década, nomeadamente em idade ativa, ajudou a atenuar este processo, contudo não foi suficiente para o inverter (INE, 2013).

A idade média da população idosa residente aumentou cerca de três anos na última década. O índice de longevidade, que relaciona a população com idade igual ou superior a 75 anos com o total de população idosa com 65 ou mais anos era, em 2011 de 48, face a 41 em 2001 e 39 em 1991, reflexo do aumento da esperança média de vida (INE, 2013).

Atualmente, o processo do envelhecimento da população reflete-se na situação socioeconómica e sustentabilidade, assim como, na adoção de novos estilos de vida da sociedade (INE, 2013). Este facto, lança desafios a nível da sustentabilidade demográfica, mas também, ao nível dos planos de vida social e económica (INE, 2013).

Esta velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica, vivido pelo País, acarreta consequências a nível do trabalho, no que toca à renovação de contratos de trabalho e à admissão de novos trabalhadores (INE, 2013). Em consequência emerge situações geradoras de doença nos cidadãos, fragilizando-os por não se sentirem elementos produtivos para a construção duma sociedade mais focalizada para o idoso.

O idoso na sociedade contemporânea é excluído do trabalho, levando a que este se isole, se sinta um “fardo” para a sociedade e assuma cada vez mais uma situação de dependência. É evidente que rapidamente a questão de ser idoso torna-se num problema social, surgindo a necessidade de se encontrar soluções sociais. Fernandes (1997) chama a atenção para as políticas da velhice definindo-as como um conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, cujo objetivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade.

É importante assinalar, que quando o trabalhador é velho, este é dispensado deparando-se muitas vezes sem condições de sobrevivência, que sem as políticas sociais teria grandes dificuldades em satisfazer as necessidades humanas básicas. Em consequência emerge uma ação social que, na sua maior parte, é exercida por instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação (Neves, 1996).

Envelhecer dentro de uma estrutura residencial leva a que o idoso progressivamente adote um papel secundário no dia-a-dia da sua existência.

O surgimento de doenças crónicas, evolutivas e incuráveis faz com que o idoso se afaste e quebre a relação e a comunicação com o meio envolvente. Existe assim a necessidade de compreender as múltiplas determinações que envolvem a expressão social do idoso na sociedade contemporânea.

1.1. Ser Idoso

Ser idoso durante muito tempo foi percecionado como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Segundo Paúl (2001, citado por Fonseca, 2004), foi a partir da década de 80, que começou a existir um debruçar atento sobre o envelhecimento, começando a adquirir um estatuto científico. Surgiram os primeiros manuais com a sistematização dos conhecimentos disponíveis sobre os idosos e sobre o processo de envelhecimento, começando desde aí a entender-se que uma visão pluridisciplinar do fenómeno era fundamental (Paúl, 2001, citado por Fonseca, 2004).

O estudo dos idosos e do processo de envelhecimento é objeto de uma abordagem transversal, onde se associam ciências distintas como a bioquímica, a medicina, a demografia, a economia, a psicologia, a sociologia e a política, através de um diálogo aberto e por vezes difícil. De acordo com Fernández-Ballesteros (2000, citado por Fonseca, 2004), é através desta multidisciplinaridade que a gerontologia estuda os fenómenos biológicos, psicológicos e sociais da velhice e do envelhecimento. Bengtson, Rice e Johnson (1999, citado por Fonseca, 2004) ditam que os gerontologistas pretendem explicar o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do tempo, sob os pontos de vista biológico, psicológico e social.

O idoso e a velhice podem ser definidos de uma forma negativa, onde o ser idoso é visto como um ser frágil em situação de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência (Mauritti, 2004). De acordo com esta perspetiva, o percurso de vida de cada um, à medida que a idade avança, culmina fatalmente num quadro de exclusão e sofrimento. Também é considerado como um potencial segmento específico de consumo (Mauritti, 2004).

Na literatura consultada podemos verificar que a maioria das pessoas com 65 anos sofre de pelo menos uma doença crónica, o que poderá interferir com a sua independência/dependência e ou autonomia (Karsch, 2003).

Sousa *et al.* (2006), definem envelhecimento como um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo, sendo este um fenómeno inevitável (tendo em conta o estado atual dos conhecimentos), intrínseco à própria vida e equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação. Ainda que seja controversa a idade de início do envelhecimento

biológico, em geral, admite-se que ocorre no final da segunda década de vida, julga-se que após os 30 anos exista em média a perda de 1% de funcionalidade por ano. O processo de envelhecimento ocorre de forma diferente nos diversos tecidos, o declínio é mais rápido nos tecidos elásticos (aparelho circulatório e respiratório e pele) e mais lento nos tecidos nervosos (Sousa *et al.*, 2006).

Pelo que descrevemos anteriormente o envelhecimento bem-sucedido é um processo heterogéneo e diferenciado, associado à qualidade de vida e deve ser fomentado nas fases de desenvolvimento anteriores (Figueira, 2010). Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas e até dimensões menos atingíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria, o sentido positivo de si. Os diferentes contextos mencionados, os vários parâmetros de satisfação e um conjunto variável de características sociais (religião, educação, família, cultura, etc.) influenciam, por sua vez, o processo de envelhecimento. Um facto importante é a questão da dependência que pode afetar os idosos, nomeadamente no nível psicológico, social e de capacidade de decisão e controlo da sua vida (Figueira, 2010).

O processo de envelhecimento é assim um processo multifatorial que acarreta uma deterioração fisiológica do organismo. Deve-se assim, distinguir entre envelhecimento primário (ou normal) e secundário (ou patológico). O primeiro diz respeito ao processo de diminuição orgânica e funcional, não resultante de acidente ou doença, mas que acontece inevitavelmente com o decorrer dos anos. O segundo enuncia os fatores que interferem no processo de envelhecimento normal, tais como *stress*, traumatismo ou doença, suscetíveis de acelerar o processo de envelhecimento primário. Desta forma, não é fácil diferenciar com precisão o envelhecimento normal do patológico, especialmente porque certas alterações fisiológicas e doenças que acompanham o envelhecimento são, muitas vezes, confundidas com as manifestações do envelhecimento normal (Sousa *et al.*, 2006).

Uma noção que importa referir ainda, diz respeito às alterações cognitivas sofridas pelo idoso. Estas foram interpretadas pela sociedade em geral de forma negativa, assumindo-as como o declínio intelectual do idoso. Foi efetivamente com a ajuda dos teóricos do ciclo de vida e com os neopiagetianos que levaram a que se entende-se esta perda

intelectual como algo normal que envolve o envelhecer (Sousa et al., 2006). De acordo com Colom (2006), a inteligência correlaciona-se com diversos comportamentos realizados diariamente e está diretamente ligada a fenômenos socialmente desejáveis, como o nível socioeconômico, a escolaridade e a produção.

Salthouse (1991, citado por Sousa *et al.*, 2006) através das suas pesquisas evidencia que as competências intelectuais mais afetadas pela idade são: a capacidade de interpretar informação não-verbal; a capacidade de dar respostas rápidas perante situações novas; a aquisição de novos conceitos; a aplicação dos conceitos existentes; a aptidão para organizar informações e concentrar-se; os raciocínios abstratos; as competências psicomotoras e as atividades perceptivas. Verificou ainda, que as capacidades menos afetadas pela idade são a dimensão prática de resolução de problemas; a capacidade de interpretar informação verbal; a execução de tarefas familiares; o uso do conhecimento acumulado (Salthouse, 1991, citado por Sousa et al., 2006).

Schaie (1996, citado por Sousa *et al.*, 2006) enuncia a velhice como uma fase de reintegração em que a atividade intelectual se verifica se fizer sentido para a pessoa. Assim, o esforço intelectual só é ativado se tiver um propósito útil e compreensível. (Schaie, 1996, citado por Sousa *et al.*, 2006)

Num estudo longitudinal, realizado por Argimon e Stein (2005) a 66 idosos saudáveis com mais de 80 anos no Brasil, durante o ano de 1998, sendo 46 deles reavaliados em 2001 com o objetivo de verificar modificações em algumas habilidades cognitivas: memória, fluência verbal e atenção, além da percepção subjetiva da memória. Verificaram que no intervalo de três anos, existiu uma diminuição nos scores dos testes de memória (avaliada pelo teste *Buschke* Lembranças Livres e com pistas) e a avaliação sobre a própria memória (medida pelo instrumento Percepção Subjetiva de Queixas de Memória) também piorou. Existiu perda significativa nas habilidades de atenção e memória de trabalho, mas não nas habilidades relacionadas que se mantiveram sem diferenças significativas entre as duas avaliações. Os resultados evidenciaram uma correlação positiva entre o número de atividades de lazer e o desempenho cognitivo dos idosos.

Em síntese, embora o envelhecimento físico adquira especial atenção porque a vivência da velhice se faz, em grande parte, pelas condições corporais, ela é experienciada de forma contraditória.

Ser idoso na sociedade atual é entendido (quer pelos jovens quer pelos próprios idosos) como pessoa improdutiva que acarreta encargos. Surgindo frases estereotipadas como: o mito da juventude que é retratado em lemas como “velhos por fora e jovens por dentro” ou “no meu tempo...”; “a velhice é um estado de espírito”; “outra vez crianças”; a ligação da velhice ao conservadorismo, pelo maior apego a tradições e rituais culturais, resultando na sua adjetivação como antiquados; a identificação da velhice como uma categoria sem distinção – “os velhos são todos iguais” (Sousa *et al.*, 2006).

É assim, importante a compreensão do envelhecimento face aos estereótipos negativos.

1.2. Ser Idoso com uma Doença Terminal

Enfrentar uma doença terminal, numa etapa da vida em que a morte é sentida como algo inevitável, coloca questões como conceptualizamos o processo de morrer?

Em meados do século XX, a morte passou a ser reconhecida como um acontecimento esperado e antecipado face ao final de um período alongado de envelhecimento e de doença (Clark & Seymor, 1999, citado por Magalhães, 2009). De acordo com os mesmos autores, a atual visão romântica da forma de morrer resulta da importância dada pela comunidade à morte no domicílio, sendo este definido como o melhor lugar para terminar a vida. (Clark & Seymor, 1999, citado por Magalhães, 2009). A morte nas Instituições é considerada como uma segunda opção, face à morte ocorrida em casa. Contudo, a morte no domicílio pode não ser uma realidade para parte da população idosa, quer pela ausência de cuidadores informais, quer pela ausência da fase de transição entre o estar doente e estar a morrer, que se verifica muitas vezes em situações não oncológicas. Dado que para estes doentes, a morte pode surgir subitamente, durante um período que se julgue ser mais uma agudização da situação crónica (Magalhães, 2009).

Tal como já dissemos anteriormente, nas sociedades ocidentais o envelhecimento tem sido considerado um problema importante (na perspetiva demográfica). O envelhecimento não é um processo homogéneo, ou seja, cada idoso experiencia essa fase da vida de uma forma muito singular. Cada idoso tem a sua história particular de vida e todos os aspetos estruturais (classe, género e etnia) relacionados com determinados aspetos como saúde, educação e condições económicas. Neste sentido,

também experienciar o fim de vida é único e singular para cada idoso (Magalhães, 2009).

As mudanças demográficas também, tal como menciona Marshall, Clark, Sheward e Allan (2011) conferem à morte um carácter de maior previsibilidade, tornando-a algo mais provável de ocorrer no final de um percurso de vida. Nas pessoas com idade avançada, a morte pode ser caracterizada (enquanto construção social) como um problema a nível individual mais do que a nível da sociedade. O impacto do processo de morrer é individualizado, relacionando-se principalmente com o projeto reflexivo do *self*, onde deve ser dado um significado à morte no contexto de finalização do curso da vida; é desenvolvido como um fim não problemático. Desta forma, é o processo de morrer, em vez da morte em si própria, que se torna um problema para os idosos à medida que eles, os que lhe são próximos e os profissionais de saúde, tentam dar um sentido aos acontecimentos e circunstâncias no final de vida (Magalhães, 2009).

Salientamos, as pessoas que morrem de doenças crónicas degenerativas e de foro não oncológico tendem a ter mais de 65 anos e uma alargada trajetória de doença que na maioria dos casos termina na morte em contexto hospitalar (situação aguda), tendo sido reconhecidos diversos fatores que determinaram o internamento hospitalar, nomeadamente: a incapacidade de controlo de sintomas da doença, principalmente a dor; a inadequação da avaliação das necessidades e planeamento das respostas em cuidados de saúde; a falta de cuidadores informais e a falta de apoio para os mesmos. Experimentam normalmente um padrão típico de admissões hospitalares de curta duração para dar resposta a episódios agudos da doença, alternadas com longos períodos de tempo em casa ou em estruturas residenciais recebendo em muitos casos, uma atenção escassa, pouco coordenada e, muitas vezes pouco competente, de serviços de exaustão (Magalhães, 2009).

O exercício da Medicina Paliativa seria a resposta ao sofrimento do idoso acometido por uma doença avançada e incurável. Deste modo, os Cuidados Paliativos não são uma questão de moda mas um direito a que todos os cidadãos devem ter direito. Salienta Fleming (2003) que perante a dor e o sofrimento, a pessoa sente-se desprotegida, fraca, abandonada e impotente, não encontrando um sentido para a sua dor, tanto a dor como a vida tornam-se intoleráveis.

Muitos idosos continuam a ser submetidos a tratamentos e meios de diagnóstico invasivos até poucos dias antes de falecerem. Contudo, aparentemente muitos idosos desejam ser alvo dessas intervenções de alta tecnologia, assumindo tal facto como um mal menor relativamente à possibilidade da desistência prematura dos médicos e da esperança de cura. Tendo em conta os seus valores pessoais, alguns doentes poderão querer ser submetidos a determinadas intervenções que outras pessoas podem ver como inapropriadas e agressivas. A origem da contínua exigência de um tratamento agressivo poderá estar relacionada com o otimismo acerca do prognóstico associado a um défice de informação e uma comunicação pouco aberta e eficaz (Magalhães, 2009).

De acordo com Heidegger (2008), apesar da pessoa ter consciência da sua finitude e saber que um dia irá morrer, ele procura esquecer ou ignorar essa realidade, mergulhando nas ocupações do quotidiano, alienando-se, fugindo, procurando esquecer a sua natureza finita e mantendo uma indiferença imperturbável frente à possibilidade mais extrema de sua existência.

Desta forma, o movimento moderno dos Cuidados Paliativos, que se iniciou na década de 60 em Inglaterra, prolongando-se posteriormente ao Canadá, EUA e mais recentemente (nos últimos 25 anos do século XX) à restante Europa, veio evidenciar e despertar para o sofrimento das pessoas com doenças incuráveis, para a escassez de respostas dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que devem ser prestados a estes doentes. De acordo, com a mesma fonte, estes cuidados definem-se como *“uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias”* (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, s.d.).

Para Twycross (2001) os Cuidados Paliativos são cuidados ativos e totais prestados a doentes e respetivas famílias, efetuados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde ao tratamento curativo e a expectativa de vida é relativamente curta.

Concluindo, os CP focam-se na importância da dignidade da pessoa ainda que doente frágil e limitada, aceitando a morte como uma fase natural da Vida, que deve ser vivida intensamente até ao fim. São nos dias de hoje uma resposta imprescindível aos

problemas do final da vida. Em virtude da ética, da dignidade e do bem-estar de cada ser humano, é preciso torna-los cada vez mais uma realidade (Twycross,2001).

2. O IDOSO NA ESTRUTURA RESIDENCIAL

A pessoa vive um processo socialização contínuo que quando se vê exposto a novos ambientes físicos e sociais, está sujeito a um intenso processo de construção de novos papéis sociais. Com a reforma pode emergir um conjunto diferenciado de ruturas sociais: o abandono da vida profissional ativa e o corte das relações com os amigos e colegas, a perda do cônjuge, a perda de familiares e amigos de longa data, a perda de alguma independência financeira, perdas ao nível da saúde, entre outras. Verifica-se uma redução nas redes sociais, concentrando-se principalmente nos familiares (Sousa *et al.*, 2006). Estes processos tornam-se mais intensos quando a opção para os idosos é a sua institucionalização, dado que nestas situações observa-se uma mudança mais radical do meio físico e social (Pereira, 2008).

O processo de institucionalização do idoso, caracterizado pela saída de casa, pode ser longo ou curto e acarreta um conjunto de etapas: decidir a institucionalização, escolher um lar e a adaptação/integração na nova residência (Sousa, *et al.*, 2006).

Para os idosos, viver na própria casa caracteriza a sua independência, pois simboliza a salvaguarda da sua integridade pessoal. A residência habitual de anos tem várias funções na vida de qualquer pessoa, especialmente no idoso: segurança objetiva contra o medo; local de intimidade; um depósito de lembranças possibilitando a continuidade entre o passado e o presente. Salienta-se ainda que a casa está inserida numa comunidade e associa-se a um ambiente de rotinas e conhecimentos, cuja rutura tem implicações no estilo de vida (Sousa, *et al.*, 2006). A saída da sua residência para estruturas residenciais, conforme salienta Souza (2003), confronta o idoso com relações sociais mais distantes, separação com o calor dos afetos dos familiares e amigos, causando sofrimento e entende estas estruturas como assustadoras. O idoso encontra-se submetido a um conjunto de regras formais e de caráter informal, levadas a efeito pela manipulação de privilégios e punições, persuadindo o idoso a tornar-se dócil e a adaptar-se.

Neste sentido, na Institucionalização, a interação deve ser permitida através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, bem como, com os cuidadores e a própria comunidade, de acordo com os seus interesses; a participação dos familiares ou representante legal nos cuidados deve ser consentida sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio

psicoafectivo do residente (Portaria nº67/2012 de 21 de Março do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012)

Para Sousa *et al.*, (2006), a partir de determinada altura a casa do idoso, pode-se assumir como uma fonte de vulnerabilidade para o mesmo. Projeta-se assim, a possibilidade de realojamento. A morte do cônjuge, o *status* após queda ou doenças ou a localização da casa, são três dos momentos que, normalmente precedem à institucionalização, que ocorre quando a ponderação/reflexão indica o lar de idosos como melhor opção.

A decisão da institucionalização do idoso deve ser tomada com clareza, ou seja, quando a sua permanência em casa põe em causa o garante da qualidade de vida. Para o idoso permanecer em casa terá que estar preservado pelo menos cinco critérios: estabilidade clínica, apoio de um cuidador competente, ambiente físico adequado ou adaptado às necessidades do idoso e dos cuidadores, acesso aos diferentes serviços profissionais e adequado suporte financeiro. Quando estes aspetos não são garantidos o idoso terá que optar por uma nova residência – a estrutura residencial (Sousa *et al.*, 2006). Para Reed *et al.* (2003, citado por Sousa *et al.*, 2006) nem sempre esta opção é preferencial, por vezes ela é estratégica, relutante e passiva.

A preferencial caracteriza-se por o próprio exercer o direito de decisão; normalmente ocorre por alterações nas circunstâncias de vida, que levam o idoso a considerar a ida para um lar como a melhor solução. Vulgarmente sucede depois da morte do cônjuge, quando o sobrevivido começa a sentir-se só e inseguro com medo de ter uma doença, uma queda ou até ser assaltado e vê que não tem ajuda por perto ou, então quando fica muito dependente e sente que ficar ao cuidado de familiares é uma grande sobrecarga. A estratégica revela um planeamento do idoso ao longo da sua vida no sentido de adotar esta alternativa no final da sua vida. É visível em determinados comportamentos e atitudes, tais como: proceder à inscrição com antecedência num lar, torna-se sócio de uma instituição iniciando pagamentos prévios, visitar diversas instituições tentando descobrir aquela que mais gostaria de frequentar. Este tipo de atitude, verifica-se na maioria das vezes em pessoas solteiras, viúvas e/ou sem filhos ou, se os têm, estes encontram-se longe e/ou não têm condições para apoiar (Sousa *et al.*, 2006).

A relutante evidencia situações em que o idoso não concordou com a ida para o lar/estrutura residencial para idosos. Trata-se da situação mais penosa, visto que o idoso é obrigado pelos familiares ou pelos técnicos a adotar uma alternativa que não é a sua.

A obrigação pelos familiares pode ter duas causas: a falta de condições para cuidar do idoso, ou porque este se encontra seriamente doente ou dependente ou porque a família não tem capacidade emocional, financeira e até mesmo saúde para cuidar do idoso e a ausência de vontade da família de assumir esta função, geralmente, porque há relações conflituosas ou distantes com o idoso. A deliberação por parte dos profissionais, normalmente ocorre quando o idoso vive em circunstâncias de enorme pobreza, ou apresenta alguma incapacidade ou doença grave ou se encontra completamente só (Sousa *et al.*, 2006).

Na passiva, o encaminhamento para uma estrutura residencial para idosos resulta de decisões de outros sobre o nível e tipo de cuidado requerido pelo idoso e que este aceitou ou seguiu sem contestar. Geralmente acontece com idosos dementes ou resignados (Sousa *et al.*, 2006). Segundo Glover-Thomas (2000, citado por Sousa *et al.*, 2006) os Profissionais que têm que tomar a decisão, devem considerar quatro fatores: os desejos passados e presentes e os sentimentos expressos pela pessoa em causa e os fatores que ponderaria na decisão, a necessidade de possibilitar e encorajar a pessoa a participar, o mais possível, em tudo o que é efetuado por ela e a afeta; consultar outros elementos da rede social pessoal sobre os desejos e sentimentos que a pessoa incapacitada teria e que significam muito para ela; tentar que a decisão a tomar seja a menos limitativa da liberdade de ação da pessoa.

Os familiares exercem um papel fundamental na escolha de um lar para o idoso, eles tendem a considerar importante a segurança, a privacidade, a atmosfera familiar e a capacidade de responder aos gostos do idoso. Muitos idosos partilham estes desejos no entanto, ao mesmo tempo, ambicionam mais independência e, em consequência, estão dispostos assumir mais riscos (Sousa *et al.*, 2006).

Centremo-nos, agora na adaptação e integração no lar. É habitual crer-se que esta fase está concluída no momento em que o utente sente o lar de idosos como a sua nova casa. Grogger (1995, citado por Sousa *et al.*, 2006) concluiu que este sentimento depende de três fatores: circunstâncias da institucionalização, definições subjetivas de lar de idosos e continuidade alcançada após a mudança para o lar. Quanto às circunstâncias da admissão no lar, crê-se que o processo de adaptação é facilitado se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico, isto é de acordo com a vontade do idoso; em contrapartida, é dificultada se a decisão for relutante; se for passiva por demência, o idoso permanece no

seu mundo; caso seja por resignação, geralmente desencadeia alguma depressão. O mesmo autor sugere que os idosos que têm tempo para antecipar e antever a mudança integram-se mais facilmente neste novo modelo de vida (Grogger, 1995, citado por Sousa *et al.*, 2006).

Relativamente às definições subjetivas de lar de idosos, estas estão diretamente relacionadas com o conceito dos idosos sobre o que torna um lar um bom lar. As respostas indicam que, do ponto de vista dos idosos, um bom lar é aquele que: tem atividades de animação, proporciona saídas (nomeadamente passeios e acesso fácil às atividades lazer da comunidade); fornece boa alimentação; apresenta funcionários simpáticos e competentes e não está sempre a mudar quem lá trabalha; permite ter quarto individual; facilita as relações entre os residentes proporcionando uma boa companhia uns aos outros; dá conforto físico; disponibiliza serviços de apoio (médicos, fisioterapia, enfermagem, entre outros); é seguro; não é demasiado grande, sendo mais acolhedor. Quando as estruturas residenciais correspondem a estas definições, a adaptação e integração concretiza-se de forma mais simples (Sousa *et al.*, 2006). Outro fator fundamental é a continuidade alcançada após a mudança para o lar. Para garantir a continuidade, a institucionalização deve consagrar respeito pela dignidade, autonomia, privacidade, direito de escolha e independência (Sousa *et al.*, 2006).

A dignidade é limitada por interações negativas entre o pessoal técnico e cuidadores formais e os idosos, nomeadamente, desrespeito pela privacidade e indiferença às suas aspirações e necessidades. A autonomia é ameaçada quando os idosos (e seus familiares) não auferem a informação adequada e não têm a possibilidade de fazer escolhas informadas relativamente às atividades e cuidados prestados. A manutenção da privacidade em atividades íntimas, como os cuidados de higiene, por exemplo, é imprescindível à preservação do sentido de auto-respeito e competência social. Ter em conta a independência dos residentes implica que os funcionários da instituição abram mão de algum do seu poder e controlo, permitindo que haja algum risco calculado. O que se torna complicado, visto que os funcionários sentem o dever de cuidar, o que por vezes pode ser incompatível com o facto de deixar os residentes correr alguns riscos. Vulgarmente, verifica-se a tendência para evitar o risco em vez de gerir o risco, interferindo assim na sua independência, privacidade e dignidade (Sousa *et al.*, 2006).

Recorrendo à legislação em vigor e de acordo com o Artigo 1º da Portaria nº 67/2012 de 21 de Março publicado em Diário da República, 1ª série –Nº 58 em 21 de Março de 2012, “*considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.*” (p. 1324). São objetivos da estrutura residencial: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; desenvolver condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social. Destina-se ao alojamento de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, que por razões de dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência (Portaria nº 67/2012 de 21 de Março do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 2012).

A estrutura residencial (ER) fornece um conjunto de atividades e serviços, nomeadamente alimentação adaptada às necessidades dos residentes, considerando as prescrições médicas, cuidados de higiene pessoal; apoio na execução das atividades de vida diária (AVD's); cuidados de Enfermagem bem como o acesso a cuidados de saúde e administração de fármacos, quando prescritos, entre outros. A qualidade, a eficiência, a humanização e respeito pela individualidade, a interdisciplinaridade, a avaliação integral das necessidades dos residentes, a promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia, a participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares na elaboração do plano individual de cuidados, são os princípios pelos quais se rege a Estrutura Residencial (Portaria nº 67/2012 de 21 de Março do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 2012).

2.1. A Família do Idoso em Fim de Vida na Estrutura Residencial

A família como base da estrutura social é entendida pela sociedade em geral que assuma uma função nas etapas da vida humana, como a infância e a adolescência, direcionando o seu papel para a educação. Na velhice, este papel é mais assistencial, no sentido de manter o seu equilíbrio afetivo, emocional e físico. Mas cuidar de uma pessoa idosa dependente e em fim de vida gera frequentemente o desgaste do cuidador, que se manifesta por uma redução da vitalidade, do desempenho físico e social, podendo

causar sentimentos de frustração, culpa, raiva e até de subestima por se sentir incapaz de cumprir plenamente o seu papel (Carpenito, 2002).

Também é importante referir que os cuidados às pessoas com idade são entendidos como um dever familiar e o recurso a instituições sociais é entendido como uma rejeição ou mesmo negligência de uma obrigação pertencente aos laços familiares. Embora seja uma realidade a expansão dos apoios formais comunitários, o ingresso dos idosos nestas instituições é dificultada pelos preconceitos e atitudes adversas ainda existentes em relação às instituições para idosos. Na nossa sociedade ir para uma instituição ou frequentar um centro para idosos é interpretado (até mesmo pelo próprio idoso) como desinteresse ou abandono do idoso pelos familiares. Assim, no fim de vida a novidade não é o envolvimento com instituições, mas o recurso a serviços dotados pelo preconceito de abandono familiar. Esta visão negativa dos equipamentos destinados a idosos acontece presumivelmente, pela novidade que estes constituem, visto que até aos dias de hoje os cuidados aos idosos eram um assunto exclusivo da família. No entanto, cada vez mais estes serviços de apoio são reconhecidos como fundamentais quer para os idosos bem como para as suas famílias (Sousa *et al.*, 2006).

A institucionalização dos idosos em lares ou residências, provoca quase sempre o abandono dos papéis de família de procriação, que na maioria das vezes já terminados, ou então, já de reduzida importância, sobretudo papéis de pais e de avós. Por outro lado, acarreta também um corte com os papéis de família de orientação, nomeadamente irmãos, sobrinhos e outros parentes mais afastados. No entanto, no caso de adaptações bem-sucedidas, as pessoas da instituição, residentes e cuidadores, podem funcionar como uma família de adoção, sendo frequente a criação de laços de profunda afetividade nestas circunstâncias (Pereira, 2008).

Porém, por mais eficaz que seja a instituição, por mais competência que os cuidadores possuam, o lugar da família jamais será colmatado na totalidade. Sendo assim necessário, a manutenção de um contacto estreito com a família dos idosos institucionalizados. Os familiares, bem como os cuidadores e os próprios idosos devem encarar o envelhecimento como mais um estágio de socialização próprio da condição humana. É da responsabilidade dos familiares das pessoas institucionalizadas, fazer o que está ao seu alcance para manterem a normalidade dos laços afetivos com essas pessoas (Pereira, 2008).

Assim, conclui-se que a institucionalização acarreta sempre rupturas afetivas e implica sempre a necessidade de construção de novos afetos, mas tudo será simplificado e menos doloroso, se essas rupturas não ocorrerem de forma tão abrupta e irreversível (Pereira, 2008).

3. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL E O CUIDAR DO IDOSO EM FASE TERMINAL

Cuidar do idoso em fase terminal “obriga” aos Profissionais de Saúde que se focalizem nas necessidades efetivas do idoso. De acordo com Pimentel (2001) para que isto se torne uma realidade é necessário que as estruturas residenciais se reestruturassem de forma a proporcionar ao idoso um lugar de vida, um aconchego, de manutenção da sua identidade e sobretudo um lugar de cuidados. Embora o conceito de cuidar, conforme refere Collière (1999, citado por Ferreira, Pontes & Ferreira, 2009) seja tão antigo como o início da humanidade, é fundamental para manter e sustentar a vida do grupo e da espécie.

O que é certo é que hoje cuidar orienta-se mais no sentido de tratar. O porquê desta mudança de paradigma?

Com o avanço da medicina e a implementação dos cuidados intensivos, a visão médica sobre a terminalidade da vida alterou-se posicionando-se contra a morte. Assim, conforme salienta Elias (2001) “ *nunca antes as pessoas morreram tão silenciosas e higienicamente como hoje, e nunca em condições tão propícias à solidão*” (p. 98).

Mas o fim de vida alerta os Profissionais de Saúde duma estrutura residencial para mudanças na sua conceção relativas ao conceito de velhice e de morte. Chama a atenção Carvalho (2002) que “*a velhice é um direito com que nascemos e que, como tal, deve ser garantida, usufruída e respeitada.*” (p.8) Assim, a velhice não deve ser encarada pelos Profissionais de Saúde como alguém que perdeu o seu estatuto social e como tal, as suas oportunidades de realização e de autovalorização estão condicionadas. Pelo contrário, existe a necessidade de se disponibilizarem cuidados que ajudem os idosos a manter um bom conceito de si próprio. Fernandes (2002) refere que cuidados desenvolvidos de forma impessoal terão um efeito negativo na vivência da pessoa institucionalizada. Assim, o idoso em fase terminal necessita que os Profissionais de Saúde lhe ofereçam cuidados ativos, totais e integrais – Cuidados Paliativos.

Para terminar com o encarceramento da morte que ainda hoje se presencia, é necessário que os Cuidados Paliativos sejam uma realidade presente nas estruturas residenciais. Menezes (2003) salienta os CP como o modelo contemporâneo do morrer, ou seja, os

Profissionais de Saúde devem possibilitar a construção da pessoa autónoma, com vontade própria e direito à tomada de decisão.

Mas para que os Profissionais de Saúde prestem Cuidados Paliativos, é necessário que estes adquiram formação. Salienta Silva (2010), que cuidar de idosos implica que o cuidador assuma a responsabilidade de dar apoio e ajuda para satisfazer as necessidades do idoso, visando a preservação da dignidade.

Parece poder-se afirmar que cuidar numa filosofia dos Cuidados Paliativos é complexo, tal como menciona Ricarte (2009), cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que engloba múltiplas vertentes: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica.

Em síntese, promover a máxima qualidade de vida no tempo que ainda resta ao idoso, chama os Profissionais de Saúde para um cuidar integral, entendendo as subjetividades de cada um.

3.1. Dilemas Éticos no Cuidar em Fim de Vida

O fim de vida levanta cada vez mais questões éticas que geram conflitos envolvendo os Profissionais de Saúde. Considera-se doente terminal e de acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006a) o doente terminal é aquele que tem, em média, 3 a 6 meses de vida, sendo que esta avaliação deve ser baseada num conjunto de critérios de objetivação de prognóstico. Neste sentido, este doente está fora da possibilidade de cura. No entanto, o progresso tecnológico permite que os doentes com doenças graves sejam mantidos vivos, mesmo que seja reconhecida a irreversibilidade das suas doenças. Esta situação coloca à medicina a condição de decidir sobre a limitação e a suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis num determinado contexto (Moritz *et al.*, 2008). Verifica-se no quotidiano dos Profissionais de Saúde numa estrutura residencial a colocação de questões éticas no que se refere à tomada de decisão perante o fim de vida. Segundo Pilar citado por Silva (2008), a tomada de decisão em ética é um conjunto sistemático de princípios que motivam e guiam as ações. Tais princípios explicam as referidas ações que se desenvolvem com base nos objetivos vitais ou nos direitos dos outros relativamente ao cuidado de que necessitam.

Embora no ato de cuidar agimos sempre em função do bem do outro, surge muitas vezes a questão Qual a liberdade de ação de cada um?

Os valores que cada pessoa defende e adotou durante a sua vida dando sentido à sua vida, quando se depara com a terminalidade estes valores através das interações que vão estabelecendo podem ser influenciados ou influenciar.

Assim, valores como: autonomia, informação ao doente, consentimento do cuidado, responsabilidade e a solidariedade das pessoas como forma de respeitar a dignidade humana, pessoal e coletiva, impõe um processo de reflexão em torno das seguintes questões: Como fazer para fazer o bem? e Como fazer para fazer o menos mal possível? (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, 1999).

Salienta Lery (1990, citado por SFAP, 1999), que o processo de reflexão ética é multifatorial. A técnica, a lei, a deontologia, as cartas e as recomendações, a cultura, os valores e a moral devem ser considerados de forma a permitirem uma decisão ética. Esta decisão ética quando se relaciona com o fim de vida deve atender fundamentalmente: ao respeito pela autonomia do doente (escolhas do doente); fazer o bem (princípio da beneficência), minimizar o mal (princípio da não maleficência) e justiça (uso criterioso dos recursos possíveis). Estes devem ser aplicados tendo em conta o respeito pela vida e a aceitação da inevitabilidade da morte.

Na prática clínica, surgem dicotomias que devem ser consideradas de forma ponderada: os benefícios potenciais do tratamento devem ser equilibrados face aos riscos e malefícios potenciais; lutar para preservar a vida mas, quando os malefícios resultantes dos tratamentos para preservação da vida ultrapassarem os seus benefícios potenciais, esses tratamentos devem ser suspensos e proporcionar-se conforto na morte; as necessidades individuais devem ser pensadas relativamente às da sociedade (Twycross, 2001).

O Profissional de Saúde não é legal ou eticamente obrigado a preservar a vida. À medida que a morte se aproxima, as prioridades vão-se alterando. Se os tratamentos a realizar representarem um prolongamento do processo de morte, não existe a obrigação de os executar, visto que o clínico não tem o dever nem o direito de prescrever uma morte prolongada. Conforme, já mencionado anteriormente, em Cuidados Paliativos, o

objetivo principal não consiste em prolongar a vida, mas tornar o que resta a mais significativa possível (Twycross, 2001).

A dificuldade não reside em decidir se é ou não para curar, mas sim decidir qual o tratamento ou terapêutica mais adequada à situação mediante as perspectivas biológicas do doente e as suas circunstâncias pessoais e sociais, visto que o tratamento adequado para uma pessoa com uma doença aguda pode não o ser para um moribundo (Twycross, 2001).

A manutenção da dignidade no processo de fim de vida é um dos objetivos dos Cuidados Paliativos, sendo um conceito complexo, que exige esclarecimento, visto que frequentemente é utilizado em diversos sentidos, inclusive para os defensores da eutanásia e do suicídio assistido. A dignidade do ser humano abrange duas dimensões, a dignidade ontológica ou constitutiva, que define que cada ser humano por ser único é insubstituível, irrepetível e singular apresenta uma dignidade que lhe é própria, e a dignidade complementar, que afirma que cada ser é um ser nobre e digno por ser generoso e apresentar capacidade de se aperfeiçoar, ser altruísta e ser capaz de amar (Sapeta, 2011).

A dignidade humana é um reconhecimento de um valor. Princípio moral assente na finalidade do ser humano. Está baseada na própria natureza da espécie humana que compreende manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, fazendo do ser humano um indivíduo em constante desenvolvimento na procura da realização de si próprio (Sapeta, 2011).

A dignidade pode ser um valor importante que poderá servir de guia para o Profissional de Saúde, no conjunto de ações/attitudes que executa, desde logo, conhecendo as perspectivas do doente e família, as suas expectativas, os seus objetivos, definidos em conjunto e validando o seu grau de satisfação. Atingir estes objetivos, interfere inevitavelmente com a avaliação e com o alívio do sofrimento existencial e tanto quanto possível, devendo preveni-lo (Sapeta, 2011).

3.2. Gestão Emocional no Cuidar ao Idoso em Fase Terminal

Desde a década de 50, que a Psicopatologia do trabalho identificou fatores de inadaptação ao trabalho que esclarecem determinadas perturbações psíquicas que diferentes profissionais podem desenvolver. Estes fatores relacionam-se com a organização e condições de trabalho, bem como, o ambiente físico e biológico. Há estudos que permitiram determinar profissões cujos riscos estão diretamente ligados ao tipo de atividade exercida, o caso de profissionais de saúde que lidam com o sofrimento e a morte (SFAP, 1999).

Este confronto frequente provoca um sentimento de impotência, de fracasso, de revolta, que pela sua repetição, leva ao esgotamento daquele que escuta. Este esgotamento pode acarretar um sofrimento psicológico que interfere na vida profissional e pessoal (SFAP, 1999).

O cuidar só pode ser exercido em relação com o outro. A relação entre o doente e o cuidador causa uma reação de cada um face ao outro, que a psicanálise denomina por transferência. Vulgarmente, na visão de quem cuida, o doente encontra-se num estado de grande dependência, o que influencia a relação (SFAP, 1999).

O Profissional de Saúde pode também encontrar uma valorização na sua relação com aquele que está a morrer, na medida, que tem a sensação de estar a realizar um ato humanitário ao ocupar-se e preocupar-se com doentes que muitas vezes a instituição rejeita. Os Enfermeiros expressam muito bem este sentimento ao verbalizarem que também cuidam com o coração. Quanto maior for a afetividade estabelecida na relação entre cuidador e cuidado, maior é o risco de cansaço profissional (SFAP, 1999).

Os Enfermeiros, confrontados com a doença grave e com a morte, vão tentar proteger-se da angústia que elas geram. O mesmo acontece com os restantes profissionais de saúde, principalmente com aqueles que prestam cuidados diretos. Sentem-se impotentes por não conseguirem responder ao sofrimento moral dos doentes, pelo que culpabilizam-se pelo insucesso terapêutico que não pode impedi-los de morrer (SFAP, 1999).

Duma forma geral, os Profissionais de Saúde munem-se de estratégias de adaptação conscientes ou inconscientes, designados por mecanismos de defesa, para os ajudar. A mentira permite ao Profissional de Saúde escapar de uma situação geradora de angústia, mas é muito prejudicial para o doente. Uma relação verdadeira, que respeite as

capacidades de integração do doente gera seguramente, um aumento progressivo de angústia, mas evita um efeito de choque induzido pela revelação brutal da gravidade da doença; fugir para a frente, baseia-se em dizer tudo, sem ter em conta a solicitação do doente nem a sua maturidade psíquica; a falsa segurança, assenta na manutenção de uma esperança artificial quando o doente não acredita nisso; a racionalização diz respeito ao mecanismo de defesa que permite que os Profissionais de Saúde se escondam atrás de um discurso técnico, hermético, incompreensível para o doente. Ao utilizar termos técnicos e complexos, o Profissional de Saúde sente-se tranquilo por não estar a mentir ao doente e pensa estar a ser menos violento para ele, evitando assim, envolver-se na dimensão emocional da sua relação com o doente. Evitamento é o comportamento de fuga, de afastamento do doente enquanto pessoa e sujeito ao sofrimento. Neste âmbito, podem apresentar evitamento físico ao não querer entrar no quarto. Encarar o doente como objeto de cuidados, ajuda-o a proteger-se evitando um emergir de emoções (SFAP, 1999).

Os PS são especialmente sensibilizados pela história de vida e pelo sofrimento do doente, que têm tendência a identificarem-se com ele, não sendo capazes de diferenciarem os seus sentimentos do outro (SFAP, 1999).

A identificação dos seus próprios mecanismos de defesa pode ajudar os profissionais de saúde a aceitá-los como uma resposta legítima à sua própria angústia. Ao serem capazes de os reconhecer e de os aceitar, os PS podem identificar melhor os do doente (SFAP, 1999).

Encarar a fase final de vida é comportar uma carga emocional extrema, repleta de tristeza, cólera, medo, de passagem ao vazio, de sentimento de impotência ou desejo de fuga. Por outro lado, é necessário não reduzir o *stress* positivo que é interpretado pelas alegrias e prazeres partilhados com doentes, equipas e família, pela gratidão, pelos agradecimentos por um caminho percorrido em conjunto. São instantes para guardar e saborear, que propiciam encorajamento e confiança em si próprio, mas que também fazem parte de uma tensão devido à mudança constante de registo emocional (SFAP, 1999).

São vários os estudos realizados, que demonstram que a maioria dos Profissionais de Saúde apresenta um esgotamento profissional importante, tanto ao nível físico como emocional. Tal fenómeno designa-se, vulgarmente, por *burn out*. A atividade diária

junto do doente em fim de vida e da sua família é peculiarmente penosa. Embora os poderes políticos ambicionem desenvolver uma política de melhoria da qualidade dos cuidados, a situação económica e a gestão das despesas de saúde criam condições de trabalho cada vez mais complicadas. No âmbito Cuidados Paliativos, parece-nos fulcral procurar e utilizar amplamente todos os recursos à nossa disposição para um maior bem-estar global, pessoal e profissional (SFAP, 1999).

A filosofia dos Cuidados Paliativos, que coloca o doente e familiares no centro dos cuidados, desempenha um papel atrativo mas também se revela uma referência estruturante durante a experiência de confronto com a realidade: a morte está ali, não sendo nem um fracasso, nem uma banalidade, sujeitando o profissional a um questionamento constante (SFAP, 1999).

Sabemos, que a morte é uma experiência única para qualquer ser humano e como tal, não se pode falar da própria morte. A morte dos outros é a única experiência que nos pode ensinar algo sobre a nossa própria morte. Os Profissionais de Saúde são, muitas vezes, testemunhos privilegiados disso. Antecipam, pela sua presença à cabeceira do que morre, aquilo que poderá ser a sua morte ou a dos que lhe são próximos. Para que este mecanismo de defesa não desencadeie desespero, deve ser vivido de forma simbólica, dando sentido à experiência: não se trata de viver a própria morte por antecipação, mas da experiência do morrer através da morte do outro (SFAP, 1999).

O enfermeiro, assim como outros Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos, não desenvolve simplesmente as suas competências teóricas e técnicas nos cuidados, mas todo o seu saber ser e a sua pessoa, através da sua presença, do seu toque, da palavra, da escuta, da empatia. O estabelecimento de relações fortes mas momentâneas com os doentes e com os que lhe são próximos, em que a intimidade e o segredo de uma vida são, por vezes revelados, a obrigação de desinvestimento rápido após a partida do doente, implicam uma agilidade e uma flexibilidade constantes. Além disso, a singularidade das evoluções e das situações em fim de vida impõe uma abertura ao desconhecido, ao inesperado e adaptação e disponibilidade no instante presente (SFAP, 1999).

3.3. *Tomada de Decisão no Cuidar ao Idoso em Fase Terminal*

A tomada de decisão impõe critérios intelectuais para a análise e a argumentação ética. Esses critérios são: a clareza, a consciência e a coerência do paciente, a aplicabilidade e a adequação (McCullough *et al.*, 2001).

Quando os Profissionais de Saúde de uma estrutura residencial se deparam com o idoso em fase terminal coloca-se-lhes uma série de questões, nomeadamente: Em que se deve fundamentar a tomada de decisão? Os familiares ou Profissionais de Saúde possuem o direito de tomar decisões sobre os procedimentos a adotar ou não?

Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) (2013), uma das competências dos Profissionais de Saúde é responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em Cuidados Paliativos. Estes Profissionais estão constantemente a ser confrontados com dilemas éticos e morais desafiantes. Neste sentido, os PS devem ser capazes de agir no que diz respeito aos princípios bioéticos, às normas jurídicas em vigor, aos valores e vontades dos doentes; promover a autonomia dos doentes, tendo em conta os outros princípios como o da beneficência, não-maleficência e justiça; incentivar o doente a expressar as suas preferências e vontades sobre os seus cuidados e tratamentos durante a trajetória da doença; habilitar os doentes, famílias e cuidadores para integrarem no processo da tomada de decisão e estar cientes que o cuidado ético mais apropriado nem sempre corresponde à vontade e preferências do doente.

Frequentemente, os Profissionais de Saúde têm o hábito de decidir o que é bom para o outro sem questionar o doente sobre o que este espera, sobre o que quer, o que pensa daquilo que está a ser proposto para ele. Os que cuidam não podem ter em conta apenas os seus valores. É necessário desenvolver-se um trabalho ético de equipa (SFAP, 1999).

Para que seja respeitado o princípio da autonomia, é preciso que a pessoa em fim de vida seja independente de vontade e ação, demonstrando controlo na sua capacidade ética. Este princípio depende da revelação da verdade sobre o seu diagnóstico ou situação, da troca de informações sobre o estado de saúde da pessoa, sobre as possíveis opções terapêuticas, sobre o plano de tratamento, sobre as implicações da sua tomada de decisão e por fim, sobre as suas expectativas para o futuro. Essa revelação da verdade, está diretamente relacionada com a comunicação honesta por parte dos Profissionais de Saúde envolvidos. Importa salientar a importância do saber ouvir o doente (Castro, 2001).

Respeitar a autonomia do paciente, é reconhecer que as suas decisões são unicamente suas, mesmo que estas não estejam de acordo com aquelas tidas como adequadas a determinada situação. Reconhecendo, também, que o direito e a capacidade da pessoa em fim de vida decidir por si mesmo está de acordo com os seus valores, crenças e principalmente plano de vida (Castro, 2001).

Segundo Melo (2012) o reconhecimento deste direito “*constitui uma das mais importantes dimensões da proteção da integridade pessoal e da liberdade do indivíduo, na medida em que, através do seu exercício, este consente ou recusa a prestação de cuidados de saúde que lhe é proposta pelo médico. Ao afastar a possibilidade de qualquer tratamento coercivo, o exercício deste direito à livre determinação da pessoa sobre o seu corpo assegura a protecção do bem jurídico liberdade (...)*”. (pp.181-182)

Pelo que os Profissionais de Saúde devem evitar que as suas decisões sejam pré-determinadas, por antecipação, porque não há uma só resposta. A tomada de decisão pressupõe uma escolha e é conveniente medir as suas consequências. Mesmo após a tomada de decisão, devem questionar-se, dado que por vezes, é preciso voltar atrás com uma decisão, visto que escolha que poderá fazer sentido na situação poderá não ser única (SFAP, 1999).

Neste processo os médicos não se devem esquecer que todos os doentes acabarão por morrer, pelo que, parte da arte médica consiste em decidir quando se deve permitir que a morte ocorra, sem lhe antepor qualquer novo impedimento (Twycross, 2001).

Procedimentos como a entubação nasogástrica, as perfusões intravenosas, a antibioterapia, a ressuscitação cardíaca e a respiração artificial são medidas de manutenção geral utilizadas em situação de doença aguda ou crónica, desde a crise inicial até à recuperação da saúde. A execução destas medidas em doentes que estão inevitavelmente próximos da morte é usualmente inadequada, constituindo por isso má prática, porque os malefícios de tais tratamentos transcendem os seus potenciais benefícios (Twycross, 2001).

Segundo Twycross (2001) “*diz-se por vezes que a justificação ética para deixar a natureza seguir o seu curso se baseia na Doctrine of Acts and Omissions*” (p. 26), isto é, em determinadas situações não executar um ato, como por exemplo prescrever antibioterapia a um doente com cancro em fase terminal que contrai uma pneumonia, é

menos condenável do que realizar um ato diferente, por exemplo, administrar uma dose letal, cujas consequências previsíveis sejam idênticas. Ou seja, é mais censurável matar alguém do que permitir que essa pessoa não morra. Embora esta teoria possua um certo grau de validade universal, ela mostra-se geralmente insignificante quando se analisam os cuidados a prestar a um moribundo (Twycross, 2001).

As recomendações terapêuticas devem assentar na comparação entre os possíveis benefícios, riscos e malefícios que podem resultar para o doente. Um médico não é um técnico e, na prática, existem normalmente diversas possibilidades de escolha que podem ser legitimamente adotadas. Os fundamentos a favor de determinado tratamento andam em torno da questão da respetiva eficácia prevista, assim como devem ter tidas em conta as considerações sobre as consequências e implicações para o paciente, a sua família e a sociedade em geral. Desta forma, o médico procura dar ao doente a forma de tratamento mais adequada, com base nos fatos biológicos e sociais de que dispõe. É importante salientar, que os médicos acabam sempre por não ter outra escolha para além de deixar a natureza seguir o seu curso, mediante o facto da inevitabilidade da morte. Os cuidados médicos assentam numa linha contínua, desde a cura completa até ao alívio dos sintomas. Muitos são os tratamentos que preenchem esse espectro, no entanto, é fundamental não esquecer o objetivo terapêutico quando se estabelece e prescreve determinado tratamento. Na decisão de um tratamento devem estar presentes: as perspetivas biológicas do doente, o objetivo terapêutico e os benefícios de cada tratamento, os efeitos secundários e a necessidade de não prescrever uma morte prolongada. Por exemplo, à medida que a doença terminal vai progredindo, ou a pessoa se torna gravemente incapacitada, física ou mentalmente, como resultado da decadência senil, o interesse pela hidratação e pela nutrição torna-se muito reduzido. Como o resultado natural da doença progressiva e incurável e da sensibilidade avançada é a morte, nestas circunstâncias é errado forçar o doente a aceitar alimentos ou líquidos (Twycross, 2001).

Desta forma, a tomada de decisão perante a pessoa em fim de vida tem sido objeto de estudo dos Profissionais de Saúde, tendo em vista o rápido desenvolvimento tecnológico que possibilita o prolongamento da vida, minimizando a sua qualidade. O sentimento de angústia ao abordar a morte dos doentes e a dificuldade em aceitá-la, conduz, frequentemente, ao prolongamento artificial da vida. Para as pessoas em fase terminal, não importa apenas a qualidade de vida, mas também a morte digna. São

muitas as discussões sobre as decisões éticas no final de vida. Nestas situações, confrontam-se conhecimentos e condutas dos Profissionais de Saúde a partir de desejos/vontades dos doentes e familiares. Trata-se de uma área controversa onde a tecnologia e a lei contrapõem os aspetos individuais, psicossociais, culturais e religiosos. Considera-se, que os limites da medicina na preservação da vida e alívio do sofrimento são ténues e podem tornar-se adversos em certas situações (Batista & Seidl, 2011).

II PARTE

DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

1. PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DE ESTUDO

Atualmente, cada vez mais se institucionalizam os idosos, pois a grande maioria das famílias de hoje não dispõe de tempo para cuidar deles. Salientamos que “*Cuidar dos idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, (...) o que pressiona a família no sentido de manter esse papel, sem equacionar as exigências e as necessidades associadas*” (Sousa, et al., 2006, p.53).

Conforme temos vindo a referir, o envelhecimento é na grande maioria das vezes associado a dependência, perdas e proximidade da morte. Salienta Fontaine (2000) que o envelhecimento é um processo que não se reduz a perdas, mas antes a “*uma interação contínua entre fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, que provocam alterações no organismo à medida que a idade cronológica aumenta*” (p.136). Neste sentido, a estrutura residencial deve focar-se em abordagens que privilegiem o idoso como parceiro na tomada de decisão. No entanto, é bastante comum confundir o estado de dependência física do idoso, de terminalidade com uma dependência para tomar decisões, retirando-lhe a sua liberdade e capacidade de escolha (Baltes & Silverberg, 1995, citado por Mazo, Lopes & Benedetti, 2001).

Salientamos, que a Carta Europeia dos Direitos e Liberdades do Idoso Residente em Instituições chama atenção para a necessidade da existência de uma política europeia comum que abranja o respeito pela qualidade de vida, a adequação dos serviços, o atendimento digno, a supervisão e financiamento, dos idosos. Mas, o conceito de lar, hoje designado por estrutura residencial, mantém-se ainda hoje carregado de preconceito. Olha-se para o idoso que se encontra fragilizado como alguém vulnerável, que enfrenta o declínio funcional e que a morte o rodeia. Entretanto, a condução do processo de terminalidade está nas mãos dos cuidadores que tornam a morte num evento significativo e doloroso. Macdonald (1998), no estudo que efetuou relativo ao sentido de comunidade desenvolvido durante os processos de morte, especificamente em regime de institucionalização com doentes terminais; cuidadores formais e informais, concluiu que existe fortes relações interpessoais e sistemas de apoio baseados em relações de intimidade entre doentes e cuidadores. Verificou ainda, que cada morte é uma experiência única e que o fato de estarem institucionalizados não determinou a presença ou ausência do senso de comunidade entre as três famílias estudadas.

Refere Payne, Langley-Evans & Hiller (1996) que as percepções sobre uma boa ou má morte encontram-se relacionadas com o desenvolvimento de certas interações entre os desejos dos doentes, a capacidade de atingir as expectativas dos vários intervenientes e o controlo que é exercido sobre o processo de morrer. De facto, cuidar do idoso em fim de vida numa estrutura residencial causa grande impacto em quem cuida exigindo tomadas de decisão que nem sempre são proporcionadoras de um fim de vida condigno. Refere Bidarra (2010) que o processo de cuidar não se deve dirigir somente pela identificação de sinais ou sintomas, mas na totalidade da pessoa.

Cardão (2009) no seu estudo, concluiu que o modelo de cuidados prestado pelos cuidadores é mais centrado nas tarefas de cuidar do que nas necessidades da pessoa idosa, não estimulam a autonomia, não escutam o idoso e não respeitam o ritmo de cada idoso.

Pimentel (2001), afirma que a maioria dos cuidadores não têm em consideração os desejos e motivações dos utentes, limitam-se a dar resposta às necessidades fisiológicas e esquecem e/ou reprimem as do nível social, afetivo e sexual.

Osório e Pinto (2007) referem que os serviços prestados pela maior parte dos lares continuam a ser exclusivamente serviços de assistencialismo, num centro afastado da vida quotidiana do bairro ou da localidade, desvinculado da sociedade que o mantém, desenraizado da sua cultura. Acrescenta que é um centro segregador e marginalizado que não potencializa a participação ou a integração.

Partindo desta reflexão e da nossa experiência profissional, colocou-se a seguinte questão de investigação: *Que tomada de decisão é efetuada pelos Profissionais de Saúde numa estrutura residencial perante a pessoa idosa em fase terminal?*, com o objetivo geral de Compreender que tomada de decisão é efetuada pelos Profissionais de Saúde numa estrutura residencial perante a pessoa idosa em fase terminal. Pretende-se assim, contribuir para a capacitação dos Profissionais de Saúde das estruturas residenciais na tomada de decisão perante a pessoa idosa em fase terminal.

De acordo com a questão de investigação, definiram-se as seguintes questões orientadoras:

- ✓ Qual a percepção dos Profissionais de Saúde de uma estrutura residencial para idosos acerca do conceito de pessoa idosa em fase terminal?

- ✓ Que cuidados são prestados à pessoa idosa em fase terminal numa estrutura residencial para idosos?
- ✓ Que dilemas éticos os Profissionais de Saúde enfrentam nos cuidados diários prestados numa estrutura residencial para idosos?
- ✓ Que decisões são tomadas pelos Profissionais de Saúde perante a pessoa idosa em fase terminal numa estrutura residencial para idosos?

Neste sentido foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar a percepção dos Profissionais de Saúde de uma estrutura residencial para idosos acerca do conceito de pessoa idosa em fase terminal;
- ✓ Identificar os cuidados prestados à pessoa idosa em fase terminal numa estrutura residencial para idosos;
- ✓ Identificar as dificuldades e necessidades que os Profissionais de Saúde enfrentam nos cuidados diários prestados numa estrutura residencial para idosos;
- ✓ Identificar os dilemas éticos que os Profissionais de Saúde enfrentam nos cuidados diários prestados numa estrutura residencial para idosos;
- ✓ Identificar as decisões tomadas pelos Profissionais de Saúde de uma estrutura residencial para idosos perante a pessoa idosa em fase terminal.

2. METODOLOGIA

A investigação científica caracteriza-se pela execução de um estudo planeado. O método para abordar o problema é que define o tipo de estudo científico. O seu objetivo é dar resposta às questões previamente estabelecidas através do método científico escolhido. A investigação inicia-se num problema, questão ou situação para a qual o conhecimento atual não apresenta resposta adequada. Para resolver essa questão ou problema são construídas hipóteses que podem ser comprovadas ou contestadas pela investigação efetuada (Prodanov & Freitas, 2013).

Prodanov e Freitas, (2013) consideram que a metodologia é a aplicação de procedimentos e teorias que devem ser observados para a construção do conhecimento, com o intuito de comprovar a sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade. A pesquisa científica percorre um longo caminho desde a formulação do problema até à apresentação dos resultados. Este processo resulta das seguintes etapas: preparação da pesquisa (seleção, definição e delimitação do tema ou do problema a ser investigado; planeamento dos aspetos logísticos para a realização da pesquisa, formulação das hipóteses e construção de variáveis), colheita de dados, processamento dos dados (sistematização e classificação dos dados), análise e interpretação dos dados e elaboração do relatório da pesquisa

Também Minayo e Sanches (1993) referem que *“um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível”*. (p. 239)

De acordo com os objetivos do estudo, a presente investigação é de natureza qualitativa, permitindo assim uma compreensão das tomadas de decisão efetuadas pelos Profissionais de Saúde perante o idoso institucionalizado em fase terminal numa estrutura residencial para idosos.

A investigação descritiva baseia-se no descrever sistemático de factos. O investigador descreve os fenómenos no seu contexto natural sem o alterar, de forma a compreendê-lo e analisa-os para os poder explicar. Quivy e Campenhoudt (1992) referem que a metodologia qualitativa tenta captar os fenómenos de uma forma holística, dando um contributo para a compreensão dos fenómenos nos seus contextos. Para Formarier

(1994), a pesquisa descritiva é a base da credibilidade científica profissional, porque ela permite formalizar os conhecimentos, evidenciar a performance do saber-fazer, das técnicas, dos procedimentos.

Como dizem Bogdan e Biklen (1994) *“o carácter flexível deste tipo de abordagem permite aos sujeitos responderem de acordo com a sua perspectiva pessoal em vez de se moldar a questões previamente elaboradas,”* como também *“o objectivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e experiência humanos”*. (p. 70)

Optou-se pela utilização da metodologia qualitativa, na medida em que esta permite a aproximação das situações sociais, para as descrever e compreender, partindo dos conhecimentos e opiniões das pessoas envolvidas nas situações. Consideramos que estas interagem com outros elementos do contexto social, tendo como base o significado e o conhecimento que têm de si mesmos e da realidade. Leininger (1984) referiu que *“A investigação qualitativa é frequentemente a forma inicial de descobrir fenómenos e de documentar factos desconhecidos de certos aspectos das pessoas, acontecimentos ou locais de vida das pessoas em estudo. É o principal método de pesquisa para descobrir essências, sentimentos, atributos, valores, significados”* (pp.6-7).

A investigação qualitativa privilegia a descrição e o estudo das percepções pessoais, coloca a sua ênfase na compreensão dos comportamentos humanos. Os dados recolhidos são designados de qualitativos o que quer dizer, ricos em pormenores descritivos relativamente a acontecimentos, situações, locais e sujeitos implicados (Bogdan & Biklen, 1994).

Concordamos com Leininger (1984) quando refere que *“os métodos qualitativos ajudam o investigador a obter um conhecimento mais profundo das realidades e significados humanos, sentimentos, características, dados subjectivos, atributos intrínsecos e extrínsecos das experiências humanas”*. (p.12) Este tipo de investigação, interessa-se mais pelo processo do que propriamente pelo produto. O significado é de importância vital na abordagem qualitativa, ou seja, o que está em causa é o modo como as pessoas dão sentido às suas vidas.

A principal fonte de dados é o ambiente natural. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não em números. O investigador é o principal agente de recolha

de dados e tende a analisar os dados de forma indutiva, não recolhendo os dados com o objetivo de confirmar hipóteses construídas *à priori*. As abstrações são construídas à medida que as informações que foram recolhidas, vão sendo agrupadas (Bogdan & Biklen, 1994). Neste sentido, a abordagem qualitativa abrange uma partilha entre pessoas, locais e factos que se definem como objetos da investigação.

2.1. Tipo de Estudo

Com a finalidade de compreender as tomadas de decisão efetuadas pelos Profissionais de Saúde de uma Estrutura Residencial para Idosos perante o idoso em fase terminal, optamos por um estudo descritivo e exploratório.

Um estudo revela-se exploratório quando a investigação tem como objetivo proporcionar mais informação sobre o tema que estamos a pesquisar, facilitando a sua definição e planeamento; orientar a definição dos objetivos e a formulação das hipóteses. Normalmente, assume-se em formas de pesquisas bibliográficas ou estudos de caso. Este tipo de abordagem caracteriza-se por um planeamento flexível. Geralmente, compreende levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema em estudo e análise de exemplos que estimulam a compreensão (Prodanov & Freitas, 2013).

O estudo descritivo assume-se quando o investigador regista e descreve os factos observados, sem interferir neles. Tem como objetivo descrever particularidades de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Recorre a técnicas padronizadas de colheita de dados: questionário e observação sistemática. Resume-se à observação, registo, análise e ordenação de dados, sem a intervenção ou interferência do investigador. Visa mostrar a frequência com que ocorre um facto, a sua natureza, as suas características, causas, relações e outros factos. Para a colheita desses dados, usa-se técnicas específicas tais como: a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação (Prodanov & Freitas, 2013).

Normalmente, estes métodos são utilizados por investigadores que se preocupam com a atuação prática (Prodanov & Freitas, 2013).

2.2. Estratégias de Recolha de Dados

Ao optar por este tipo de estudo e tendo em conta a metodologia adotada, decidiu-se utilizar como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada.

Segundo Haguette (1995, citado por Lima, Almeida e Lima, 1999), a entrevista assume-se como um procedimento de interação social, no qual a pessoa que procede à entrevista, neste caso o investigador, tem como objetivo obter informações do entrevistado, através de um guião previamente executado que contém tópicos da problemática a ser estudada.

De acordo com Minayo (1994, citado por Lima *et al.*, 1999), a entrevista privilegia a aquisição de informação através da fala individual, que anuncia condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite através de um porta-voz representações de determinados grupos.

A entrevista semiestruturada valoriza a presença do investigador ao mesmo tempo que dá todas as perspetivas possíveis para que o entrevistado atinja a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo desta forma a investigação (Triviños, 1987).

Este tipo de entrevista parte de perguntas básicas, assentes em teorias e hipóteses que são do interesse do investigador e da problemática em causa (Triviños, 1987).

Segundo a mesma fonte, a duração da entrevista é de uma forma geral, flexível e depende das circunstâncias que envolvem essencialmente o entrevistado e o conteúdo do tema em estudo. Se a entrevista tiver sido gravada, esta deve ser transcrita no imediato e analisada posteriormente pelo investigador. Se o encontro não tiver sido gravado, a responsabilidade do investigador é maior, dado que os elementos/dados que dispõe para analisar exigem maior atenção (Trivinos, 1987).

Desta forma, foi elaborado um guião de entrevista, com quinze (15) questões orientadoras. Para a sua execução foi tido em conta o enquadramento teórico da problemática em causa e os objetivos do estudo.

O guião foi objeto de pré-teste, tendo sido aplicado a uma Cuidadora Formal e uma Enfermeira de uma estrutura residencial, não incluídas neste estudo. O pré-teste demonstrou-se adequado, pelo que não foi necessário realizar alterações no guião.

Antes do início da recolha de dados, foi realizada uma reunião com a Enfermeira Chefe da Estrutura Residencial para Idosos e com a encarregada geral dos Cuidadores Formais do mesmo local, no sentido de explicar o processo que ia iniciar e de as mesmas articularem a informação com a restante equipa, da qual fazem parte os elementos participantes neste estudo.

O presente estudo foi efetuado entre os dias 10 de Dezembro de 2013 e 30 Janeiro de 2014. As entrevistas decorreram num gabinete situado no serviço de apoio a dependentes, durante o horário laboral dos participantes. Foi assegurado um ambiente calmo. A duração das entrevistas variou entre os 6 minutos e os 11 minutos, sendo o seu conteúdo transcrito na íntegra, posteriormente. De seguida, foram devidamente analisadas, recorrendo ao método de análise de conteúdo. No decorrer das entrevistas, foi também observado e analisado o comportamento dos participantes.

É de salientar, que nem todos os participantes neste estudo, permitiram a gravação da entrevista, referindo pouco à vontade perante a situação. Pelo que, foi dada a hipótese de responderem ao guião por escrito. Foi fornecido o guião aos Profissionais de Saúde e realizada uma leitura em conjunto. As respostas foram entregues por escrito, posteriormente.

A cada entrevista foi atribuído um código, de forma a organizar melhor a análise dos dados obtidos, mantendo assim o anonimato do entrevistado.

2.3. População do Estudo

Conforme referido anteriormente, na abordagem qualitativa, o objetivo é compreender a problemática em questão, neste caso, compreender as tomadas de decisão dos Profissionais de Saúde de uma Estrutura Residencial para idosos, perante o idoso em fase terminal.

De acordo com Mayan (2001), a investigação qualitativa depende de amostras selecionadas propositadamente, ou seja, o investigador escolhe os elementos participantes no estudo e os contextos, conforme as seguintes questões: quem pode dar melhores informações sobre a questão de investigação e em que contexto é possível recolher a melhor informação sobre a mesma.

Desta forma, durante a reunião realizada com a Enfermeira-Chefe e com a encarregada geral dos cuidadores formais antes do início da colheita de dados, foi discutido quais os elementos pertencentes à equipa multidisciplinar, que melhores respostas podem fornecer relativamente à questão em estudo, sendo esta a base da escolha dos participantes.

Na abordagem qualitativa não há número determinado de participantes. A recolha de dados cessa quando as categorias se apresentam saturadas por dados, ou seja, a partir do momento em que não surge nenhum dado relevante para o estudo, quando todos os percursos foram percorridos e quando a teoria está completa (Mayan, 2001).

Os participantes são 10 Profissionais de Saúde da ERI, dos quais 2 são Médicos, 5 são Enfermeiros e 3 são Cuidadores Formais, que cuidam e prestam cuidados aos idosos institucionalizados que se encontram em fase terminal.

Os participantes são predominantemente do sexo feminino (sendo apenas 3 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 24 e os 63 anos, como se pode observar no Quadro 1. O tempo de experiência profissional dos sujeitos em estudo na ERI, varia entre um e trinta anos, conforme Quadro 2.

Quadro 1: Caracterização dos Profissionais de Saúde, segundo Género, Idade e Habilitações Literárias

Profissionais de Saúde	Género	Idade	Habilitações literárias
M1	Masculino	59 Anos	Licenciatura em Medicina
M2	Masculino	63 Anos	Licenciatura em Medicina - Especialidade em Gastroenterologia
E1	Feminino	24 Anos	Licenciatura em Enfermagem
E2	Masculino	24 Anos	Licenciatura em Enfermagem
E3	Feminino	25 Anos	Licenciatura em Enfermagem
E4	Feminino	25 Anos	Licenciatura em Enfermagem
E5	Feminino	25 Anos	Licenciatura em Enfermagem
CF1	Feminino	37 Anos	12º ano de escolaridade
CF2	Feminino	38 Anos	10º ano de escolaridade

CF3	Feminino	48 Anos	9º ano de escolaridade
------------	----------	---------	------------------------

Quadro 2: Caracterização dos Profissionais de Saúde, segundo Categoria Profissional, Tempo de experiência na Estrutura Residencial para Idosos e Local

Profissionais de Saúde	Categoria Profissional	Tempo de Experiência na Estrutura Residencial para Idosos	Local
M1	Médico	30 Anos	Serviço de Apoio a Dependentes
M2	Médico	15 Anos	Serviço de Apoio a Dependentes
E1	Enfermeira	2,5 Anos	Serviço de Apoio a Dependentes
E2	Enfermeiro	1 Ano	Serviço de Apoio a Dependentes
E3	Enfermeira	1,5 Anos	Serviço de Apoio a Dependentes
E4	Enfermeira	1,5 Anos	Serviço de Apoio a Dependentes
E5	Enfermeira	1,5 Anos	Serviço de Apoio a Dependentes
CF1	Cuidadora Formal	1 Ano	Serviço de Apoio a Dependentes
CF2	Cuidadora Formal	18 Anos	Serviço de Apoio a Dependentes
CF3	Cuidadora Formal	2 Anos	Serviço de Apoio a Dependentes

2.4. *Terreno da Pesquisa*

O estudo efetuou-se numa Estrutura Residencial para Idosos na zona sul do país. A ER escolhida para a realização do presente estudo é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), de âmbito nacional, fundada no dia 10 de Abril de 1929, que tem como objetivo o apoio às famílias na proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e na educação das crianças, em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade de trabalho. A associação tem em pleno funcionamento um lar e residência de idosos e uma cresce, no total de 440 utentes.

A Estrutura Residencial para Idosos tem capacidade para alojar 330 utentes. Os quartos distribuem-se por quatro áreas: o edifício central onde se situam 32 quartos: duplos e triplos, o edifício de casais com 40 quartos de casal, uma ala mais antiga, ligada ao edifício central com 20 quartos duplos e, ligada a esta o serviço de apoio a dependentes (SAD), com 32 quartos, que acomoda os utentes com maiores deficiências ou necessidades que precisam de maiores cuidados e onde se centram os serviços médicos e de enfermagem. Todos os edifícios têm o seu próprio refeitório e salas de convívio. Existindo, ainda, para apoio aos idosos, salas de atividades, um salão nobre, um auditório, biblioteca, bar, serviços de cabeleireiro e barbeiro, vários espaços jardins e um recinto exterior com coreto para festas.

No edifício central funciona a sede e os serviços administrativos da IPSS e em edifícios separados, a lavandaria, os serviços de logística e manutenção e as salas mortuárias.

Salvo casos em que o estado de doença o condicione, todos os utentes da Estrutura Residencial têm liberdade para utilizar as zonas comuns e sair da Instituição. O regulamento de funcionamento segue as regras em vigor para IPSS, definidas pelos serviços da Segurança Social que subsidiam os utentes com menores recursos económicos.

Os utentes para além do alojamento com boas condições de higiene e conforto, têm assegurada alimentação (4 refeições e uma ceia), acompanhamento médico e de enfermagem, tratamentos de fisioterapia, apoio psicossocial, atividades físicas e de estimulação de acordo com as suas necessidades e vontade, atividades de lazer, transporte e acompanhamento a consultas do Serviço Nacional de Saúde da área da Instituição, serviço de lavandaria e roupas para o dia-a-dia. No âmbito das iniciativas de ocupação e lazer, realizam-se passeios mensais, bailes, jogos diversos e espetáculos. A

biblioteca dispõe de obras que podem ser requisitadas e esta disponível uma sala de utilização de computadores com acesso à Internet.

Aos utentes é ainda assegurado um serviço de guarda de valores, serviço de farmácia para aquisição de medicamentos e de compras, para a aquisição de artigos de higiene pessoal ou outros que podem ser solicitados ao setor de aprovisionamento.

No serviço de apoio a dependentes (SAD), o dia é constituído por três turnos: turno da manhã, das 8 horas -16 horas, turno da tarde, das 16 horas às 23 horas e turno da noite das 23 horas às 8 horas. Durante a manhã estão presentes três a quatro (3 a 4) Enfermeiros, Enfermeira-Chefe, equipa de Cuidadores Formais, com aproximadamente doze (12) elementos e a encarregada geral dos Cuidadores Formais, responsável pela organização e planificação dos cuidados prestados pelos mesmos aos idosos (cuidados de higiene e conforto, alimentação, entre outros). No turno da tarde, estão dois (2) Enfermeiros e quatro a seis (4 a 6) Cuidadores Formais. Na noite, está presente apenas um (1) Enfermeiro e dois a três (2 a 3) Cuidadores Formais. Ao Sábado, mantém-se a distribuição das equipas. Ao Domingo, no período da manhã, só estão presentes dois Enfermeiros juntamente com a equipa de Cuidadores Formais. Quarta-feira às 14horas, Quinta e Sexta-feira às 11horas, é o horário da visita médica. Fora destes horários, há dias que os Médicos estão presentes nas consultas dos utentes externos (residentes, mas não no SAD) e caso seja necessária avaliação clínica ao fim-de-semana ou durante a semana após as 20 horas, a instituição tem protocolo com um serviço de assistência médica ao domicílio.

2.5. *Questões Éticas*

Após a elaboração do formulário da proposta de tese e da decisão de iniciar o estudo, iniciou-se um conjunto de procedimentos, dentro dos quais uma reunião com a direção técnica e clínica e chefia de enfermagem a fim de verificar a viabilidade do estudo no local pretendido (IPSS). Com o feedback positivo desta reunião, segue-se uma reunião com o exmo. Presidente da Associação a fim de solicitar a autorização para a realização do estudo na Instituição.

Concluída a autorização, inicia-se o estudo. Foram definidos alguns Profissionais de Saúde que cuidam e que prestam cuidados aos idosos institucionalizados em fase

terminal de acordo com a sua disponibilidade e voluntariedade em participar num estudo.

Os Profissionais que aceitaram participar no estudo, foram abordados individualmente com o intuito de agendar o melhor horário para a realização da entrevista.

As entrevistas foram realizadas de forma individualizada, num local seguro, calmo e adequado para a realização das mesmas. Previamente, foi explicado o estudo, respetivos objetivos e finalidade. Foi garantida a confidencialidade e anonimato, tendo sido alertados para o facto de os dados recolhidos serem apenas submetidos para análise de investigação. Todos os participantes leram e assinaram o consentimento informado e só após este procedimento é que se efetivaram as entrevistas.

2.6. Tratamento e Análise de Dados

Numa fase inicial, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre as temáticas em estudo, nomeadamente Cuidados Paliativos, Estruturas Residenciais, Idosos institucionalizados e em fase terminal e tomada de decisão, no sentido de procurar e obter o maior conhecimento possível.

As entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e posteriormente submetidas a um processo de leitura e análise geral (mesmo as que não foram gravadas). Numa análise mais profunda e pormenorizada, a informação fornecida foi submetida a uma processo de análise de conteúdo que consiste, segundo Bardin (2011), num *“conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”*. (p.38)

Refere-se assim, ao processo de tratamento da informação envolvida nas mensagens transmitidas durante a comunicação estabelecida na entrevista. Este tipo de entrevista, caracteriza-se pela subjetividade (Bardin, 2011).

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo organiza-se em três fases diferentes: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise consiste na fase de organização, que tem

como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. A exploração do material envolve a codificação, decomposição e enumeração. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dizem respeito à última fase desta análise. Os achados são tratados de forma a serem significativos e válidos.

A cada entrevista foi conferido um código, de forma a facilitar o processo de organização dos dados.

A informação obtida é ordenada consoante áreas temáticas associadas aos objetivos específicos definidos para o presente estudo.

Bardin (2011) afirma que a maioria dos procedimentos de análise organiza-se segundo um processo de categorização, que consiste na classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e seguida, por agrupamento de acordo com o género, com os critérios definidos previamente.

No presente estudo, foram elaboradas tabelas, de forma a organizar de forma mais metódica a informação analisada. Estas encontram-se ordenadas conforme as áreas temáticas definidas. Cada área temática apresenta os dados obtidos nas entrevistas realizadas aos Profissionais de Saúde, médicos, enfermeiros e cuidadores formais, respetivamente. As tabelas estão dadas em categorias, subcategorias e unidades de análise, estas últimas dizem respeito ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, tendo como objetivo a categorização (Bardin, 2011).

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise de conteúdo das entrevistas efetuadas aos Profissionais de Saúde de uma Estrutura Residencial para Idosos (ERI) em fase terminal, permitiu identificar um conjunto de áreas temáticas, consequentemente categorias e subcategorias que permitiram compreender a tomada de decisão destes Profissionais de Saúde perante o idoso em fase terminal (Quadro 3).

Quadro 3: Temas, Categorias e Subcategorias identificadas nas entrevistas realizadas aos Profissionais de Saúde de uma ERI

Temas	Categorias	Subcategorias
Conceito de pessoa idosa em fase terminal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoa idosa com doença progressiva e incurável 2. Pessoa em situação irreversível 3. Pessoa em processo de fim de vida 4. Pessoa com idade superior a 65 anos em fase terminal 5. Pessoa com doença irreversível e incurável 6. Pessoa sem perspectiva de cura 7. Pessoa com doença no último estadio 8. Pessoa dependente nas AVD's 9. Pessoa com necessidades afetivas 	
Conceito de Cuidados Paliativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados promotores de conforto na dimensão física 2. Cuidados promotores de conforto na dimensão emocional 3. Cuidados promotores do alívio do sofrimento 	

	<ul style="list-style-type: none"> 4. Cuidados promotores do alívio sintomático 5. Cuidados promotores de dignidade 6. Cuidados promotores de Qualidade de Vida 7. Cuidados promotores de afeto 8. Cuidados promotores de bem-estar 9. Cuidados prestados a pessoas com doença incurável 10. Cuidados que aceitam a inevitabilidade da morte 11. Cuidados prestados à pessoa em fase aguda 12. Cuidados centrados na pessoa na e família 13. Cuidados prestados à pessoa em sofrimento 14. Cuidados estruturados e em equipa 	
Cuidados prestados ao idoso em fase terminal	1. Promotores de conforto	Cuidados de higiene Posicionamentos/mobilização Hidratação
	<ul style="list-style-type: none"> 2. Promotores do alívio da dor 3. Promotores de afetos 4. Promotores da gestão emocional 	

	5. Gestão nutricional	
	6. Preventivos	Escaras Infeções
	7. Promotores de qualidade de vida 8. Promotores de uma morte digna 9. Instrumentais 10. Administração e gestão de terapêutica 11. Medidas paliativas 12. Acompanhamento multidimensional do idoso e família	
	13. Afetivos	Dar Carinho Dar Segurança
	14. Administração de alimentação	
Perceção dos Profissionais de Saúde relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna	1. Adequados no proporcionar de uma morte digna 2. Não adequados no proporcionar de uma morte digna	
Participação do idoso nos cuidados	1. Participa nos cuidados 2. Pouca participação nos	

	<p>cuidados</p> <p>3. Não participa nos cuidados</p>	
<p>Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados</p>	<p>1. Envolvimento efetivo</p>	<p>Prestação de cuidados instrumentais</p> <p>Gestão de expetativas</p>
	<p>2. Pouca participação da família</p> <p>3. Envolvimento de acordo com o interesse da família</p> <p>4. Sem envolvimento</p> <p>5. Envolvimento parcial</p>	
<p>Papel da família numa estrutura residencial para idoso</p>	<p>1. Intervenção relevante para promover a socialização</p> <p>2. Intervenção relevante para promover a comunicação</p> <p>3. Intervenção relevante para promover o bem-estar emocional</p>	
<p>Dificuldades sentidas pelos Profissionais de Saúde na prestação de cuidados ao idoso em fase terminal</p>	<p>1. Rácio insuficiente de cuidadores</p> <p>2. Disponibilidade dos cuidadores insuficiente</p> <p>3. Definir os limites da intervenção clínica</p> <p>4. Deparar-se com prescrições terapêuticas desajustadas à situação clínica</p> <p>5. Formação inexistente em Cuidados Paliativos</p> <p>6. Adequar o padrão alimentar</p>	

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Déficit de recursos humanos 8. Lidar com o processo de morrer 9. Aceitar o fim da vida 10. Estar disponível 11. Falta de material logístico 12. Elaborar um plano ajustado às necessidades efetivas do idoso 13. Validar queixas dos idosos 14. Acompanhamento do idoso insuficiente 15. Indisponibilidade de tempo 16. Gerir as emoções 17. Compreender os sentimentos do idoso 	
<p>Necessidades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser capaz de proporcionar bem-estar ao idoso 2. Ser capaz de gerir as expectativas da família 3. Ser capaz de promover a autonomia ao idoso 4. Ser capaz de aliviar o sofrimento ao idoso 5. Saber estabelecer comunicação com a família 6. Existir Protocolos 7. Formação em Cuidados Paliativos 8. Saber prestar Cuidados Paliativos 9. Existência de prescrições terapêuticas adequadas à situação clínica 10. Estruturação da equipa de cuidados 	

	<ul style="list-style-type: none"> 11. Espaço físico facilitador da privacidade 12. Existência de comunicação entre os pares 13. Estar disponível 14. Partilhar afetos 	
Dilemas éticos que emergem aos Profissionais de Saúde no cuidar do idoso em fase terminal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Até quando investir em medidas curativas 2. Até quando investir em medidas terapêuticas invasivas 3. Aceitar decisões terapêuticas desajustadas à situação clínica 4. Proporcionando um efeito indesejado 5. Tomada de decisão centrada no idoso 6. Até quando prolongar a vida 7. Tomada de decisão pelo outro 8. Respeito pela vontade 9. Dar resposta às necessidades efetivas 	
Estratégias mobilizadas pelos Profissionais de Saúde para superarem os dilemas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Reuniões multidisciplinares 	Procura de consensos Estabelecimento de normas Partilha de informação
	<ul style="list-style-type: none"> 2. Adoção de atitudes terapêuticas adequadas à situação clínica 3. Elaborar registos de enfermagem ajustados 4. Acreditar no seu modelo de cuidados 	

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Estar disponível para aprender 6. Favorecer a vontade do idoso 7. Recurso à Equipa de Saúde 8. Recurso à formação 9. Recurso à Equipa de Enfermagem 	
Estratégias adotadas pelos Profissionais de Saúde na tomada de decisão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolvimento da Equipa de Saúde 2. Informação da família 3. Gestão emocional 4. Respeito pela tomada de decisão do idoso e família 5. Tomada de decisão em Equipa de Saúde 6. Tomada de decisão não partilhada com a família 7. Tomada de decisão individual 8. Tomada de decisão partilhada com a Equipa de Enfermagem 	
Sentimentos que emergem nos Profissionais de Saúde na tomada de decisão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dever cumprido 2. Tristeza 3. Impotência 4. Angústia 5. Satisfação 6. Frustração 7. Dúvida 8. Revolta 	
Estratégias de <i>coping</i> adotadas pelos Profissionais de Saúde na tomada de decisão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar em reuniões de equipa 2. Exteriorizar sentimentos 3. Adotar uma atitude reflexiva 	

	4. Partilha de experiências com a equipa de saúde 5. Expressão de sentimentos	
Sugestões/Comentários para melhorar a prestação de cuidados ao Idoso Institucionalizado em fase terminal	1. Formação na área de Cuidados Paliativos 2. Existência de protocolos 3. Existência de reuniões multidisciplinares 4. Mais trabalho em equipa e em associação 5. Expansão da filosofia dos Cuidados Paliativos 6. Maior referenciação dos idosos em fase terminal para os Cuidados Paliativos 7. Mais interação entre Equipa de Enfermagem e Cuidadores Formais 8. Mais recursos humanos	

De seguida, as áreas temáticas acima indicadas serão analisadas de forma individual, conjuntamente com as unidades de análise, de forma a esclarecer com mais pormenor a análise realizada. A análise foi efetuada por grupo profissional, sendo dividida por Médicos, Enfermeiros e Cuidadores Formais.

3.1. Conceito de Pessoa Idosa em Fase Terminal

A primeira área temática analisada nas entrevistas realizadas foi o “Conceito de pessoa idosa em fase terminal”. Nas entrevistas efetivadas aos Médicos, foram definidas duas categorias: **pessoa idosa com doença progressiva e incurável** e **pessoa em situação irreversível** (Quadro 4).

Quadro 4: Conceito de pessoa idosa em fase terminal na perspectiva dos Médicos de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pessoa idosa com doença progressiva e incurável		“Pessoa idosa em fase terminal, é alguém de idade avançada (...) que sofre de uma patologia que o levará a curto ou médio prazo à morte (...)”. (M1)
Pessoa em situação irreversível		“Pessoa em situação irreversível (...)”. (M2)

Na perspectiva dos Enfermeiros, pessoa idosa em fase terminal é uma **pessoa em processo de fim de vida**, com **idade superior a 65 anos em fase terminal**, com **doença irreversível e incurável**, **sem perspectiva de cura** e que se encontra no **último estadio da doença**.

Quadro 5: Conceito de pessoa idosa em fase terminal na perspectiva dos Enfermeiros de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pessoa em processo de fim de vida		“(...) algum tipo de patologia ou mesmo por senescência relacionada com a sua idade se encontra na sua fase final de vida.”. (E1)
Pessoa com idade superior a 65 anos em fase terminal		“Pessoa idosa em fase terminal (...) uma pessoa acima dos 65 anos sendo pessoa idosa (...)”. (E2)

		<p>“ (...) idosa em fase terminal é alguém com mais de 65 anos (...)”. (E3)</p>
<p>Pessoa com doença irreversível e incurável</p>		<p>“Pessoa idosa em fase terminal (...) é uma pessoa que à partida não existe nenhuma oferta terapêutica, que faça com que o quadro clínico reverta de uma forma positiva.”. (E2)</p> <p>“(…) que atingiu um patamar (...) em que quaisquer intervenções não conseguirão a regressão do mesmo.” (E3)</p>
<p>Pessoa sem perspectiva de cura</p>		<p>“(…) em que não há perspectiva curativa mas sim a morte, como fase final.” (E4)</p> <p>“ (...) pessoa em fase terminal como um utente cujos cuidados de saúde assentam num tratamento cujo objetivo curativo já não faz parte (...)” (E5)</p>
<p>Pessoa com doença no último estadio</p>		<p>“(…) no último estadio da doença (...)”. (E4)</p>

Como podemos verificar no Quadro 5 e de acordo com a análise realizada às entrevistas efetuadas, distinguimos como categorias mais relatadas: a **pessoa idosa com mais de 65 anos em fase terminal**, a **pessoa com doença irreversível e incurável** e a **pessoa sem perspectiva de cura**, com duas (2) respostas cada uma. Pelo que se segue **pessoa em**

processo de fim de vida e pessoa com doença no último estágio, referidas apenas por um (1) Enfermeiro cada uma.

Quadro 6: Conceito de pessoa idosa em fase terminal na perspectiva dos Cuidadores Formais de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pessoa dependente nas AVD's		“Pessoa idosa em fase terminal, é um idoso que se torna dependente de terceiros, para as suas necessidades básicas (higiene diária, auxílio para se alimentar e atenção redobrada para que possa ter alguma qualidade de vida que lhe resta).”.(CF1)
Pessoa com necessidades afetivas		“ (...) precisa de muito carinho e até de alguma cumplicidade entre idoso e auxiliar.”. (CF1)
Pessoa em processo de fim de vida		“(…) uma pessoa que já está no seu limite, na sua fase de vida.” (CF2)
Pessoa com doença progressiva e incurável		“ (...) estado grave de doença para o qual não é possível pensar em cura e cuja evolução caminha para a morte.” (CF3)

Na perspectiva dos Cuidadores Formais, considera-se pessoa idosa em fase terminal uma **pessoa dependente nas atividades de vida diária (AVD's)**, com **necessidades afetivas**, que se encontre num **processo de fim de vida** e com **doença progressiva e incurável**, sendo cada uma destas categorias referida por um (1) Cuidador Formal da Estrutura Residencial para Idosos (Quadro 6).

Tabela 1: Número de respostas para cada categoria e subcategoria relativas ao tema "Conceito de Pessoa idosa em fase terminal"

Categorias	Subcategorias	Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
		M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Pessoa idosa com doença progressiva e incurável		X									X	2
Pessoa em situação irreversível			X									1
Pessoa em processo de fim de vida				X						X		2
Pessoa com idade superior a 65 anos em fase terminal					X	X						2
Pessoa com doença irreversível e incurável					X	X						2
Pessoa sem perspectiva de cura							X	X				2
Pessoa com doença no último estadio							X					1
Pessoa dependente nas AVD's									X			1
Pessoa com necessidades afetivas									X			1

Relativamente ao “Conceito de pessoa idosa em fase terminal”, destacamos as categorias: **Pessoa idosa com doença progressiva e incurável, pessoa em processo de**

fim de vida, pessoa com idade superior a 65 anos em fase terminal, pessoa com doença irreversível e incurável e pessoa sem perspectiva de cura como as mais evidenciadas nos discursos dos entrevistados. Cada uma delas foi mencionada por dois (2) Profissionais de Saúde (Tabela 1).

3.2. *Conceito de Cuidados Paliativos*

O segundo constructo a considerar é o conceito de Cuidados Paliativos na perspectiva dos Profissionais de Saúde de uma Estrutura Residencial para Idosos. Neste sentido, através da análise de conteúdo realizada às entrevistas efetuadas aos Médicos, distinguimos as seguintes categorias: **Cuidados promotores de conforto na dimensão física, cuidados promotores de conforto na dimensão emocional, cuidados promotores do alívio do sofrimento, cuidados promotores do alívio sintomático e cuidados promotores de dignidade**, cada uma (1) delas referida apenas por um Médico da ERI (Quadro 7).

Quadro 7: Conceito de Cuidados Paliativos na perspectiva dos Médicos de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Cuidados promotores de conforto na dimensão física		“Cuidados Paliativos, são o conforto de todos os cuidados físicos (...)”. (M1)
Cuidados promotores de conforto na dimensão emocional		“Cuidados Paliativos, são o conforto de todos os cuidados (...) emocionais (...)”. (M1)
Cuidados promotores do alívio do sofrimento		“ (...) devem ser prestados de forma a minimizar todo o sofrimento (...)”. (M1)
Cuidados promotores do alívio sintomático		“Providencia medidas de alívio sintomático (...)”. (M2)
Cuidados promotores de dignidade		“Providencia medidas (...) de dignidade”. (M2)

Na perspectiva dos Enfermeiros, no tema Conceito de Cuidados Paliativos, foram definidas seis categorias: **cuidados promotores de Qualidade de Vida, cuidados prestados a pessoas com doença incurável e cuidados que aceitam a inevitabilidade**

da morte referidas por dois (2) Enfermeiros cada uma; **cuidados promotores de afeto, cuidados promotores de bem-estar, cuidados prestados à pessoa em fase aguda e cuidados centrados na pessoa e na família**, cada uma destas relatadas apenas por um (1) Enfermeiro (Quadro 8).

Quadro 8: Conceito de Cuidados Paliativos na perspetiva dos Enfermeiros de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Cuidados promotores de Qualidade de Vida		<p>“Os cuidados paliativos têm como grande objetivo a prestação de uma melhor qualidade de vida possível (...) em que são prestados cuidados que não prolonguem a vida mas que melhorem a qualidade de vida (...)”. (E1)</p> <p>“(...) têm como objetivo principal não a função curativa (...) melhor qualidade de vida.” (E4)</p>
Cuidados promotores de afeto		<p>“ (...) porque os cuidados paliativos englobam alguns aspetos muito importantes nomeadamente a sensibilidade e atenção que estas pessoas necessitam (...)”. (E2)</p>
Cuidados promotores de bem-estar		<p>“ (...) todas as atitudes/medidas/intervenções de conforto e bem-estar tomadas (...)”. (E3)</p>
Cuidados prestados a pessoas com doença incurável		<p>“ (...) quando já não é possível a reversão de uma patologia ou nível de envelhecimento.” (E3)</p> <p>“(...) cuidados a doentes aos quais lhe foi diagnosticado uma doença incurável (...)”. (E5)</p>
Cuidados que aceitam a inevitabilidade da morte		<p>“São os cuidados que são prestados</p>

		(...) ao utente em fase terminal (...). (E4) “(...) não promovem a morte e são a favor da vida, aceitando a inevitabilidade da morte (...)”. (E5)
Cuidados prestados à pessoa em fase aguda		“(...) quando o utente atravessa uma fase aguda de determinada doença.” (E5)
Cuidados centrados na pessoa e na família		“(...) objetivo central o doente e não a sua doença, a sua família.” (E5)

Quanto à análise de conteúdo realizada às entrevistas dos Cuidadores Formais, obtivemos cinco (5) categorias: **cuidados prestados à pessoa em sofrimento, cuidados estruturados e em equipa, cuidados promotores de afeto, cuidados promotores do alívio sintomático e cuidados centrados na pessoa e na família**, cada uma delas apontada por um (1) Cuidador formal (Quadro 9).

Quadro 9: Conceito de Cuidados Paliativos na perspetiva dos Cuidadores Formais de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Cuidados prestados à pessoa em sofrimento		“Os cuidados paliativos são prestados a idosos em condições de sofrimento constante e progressivo.” (CF1) “Doenças incuráveis que merecem ter uma minimização do seu sofrimento.” (CF1)
Cuidados estruturados e em equipa		“Estes cuidados devem ser estruturados e conciliados em equipa (...)”. (CF1)
Cuidados promotores de afeto		“(...) Porque todos nós merecemos ser amados e acarinhados até ao fim das

		nossas vidas.” (CF1)
Cuidados promotores do alívio sintomático		“(…) têm como responsabilidade de tratar não só a dor (…”. (CF3)
Cuidados centrados na pessoa e na família		“(…) promovendo um apoio completo ao doente e à família.” (CF3)

Tabela 2: Número de respostas para cada categoria e subcategoria relativas ao tema “Conceito de Cuidados Paliativos”

		Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
Categorias	Subcategorias	M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Cuidados promotores de conforto na dimensão física		X										1
Cuidados promotores de conforto na dimensão emocional		X										1
Cuidados promotores do alívio do sofrimento		X										1
Cuidados promotores do alívio sintomático			X								X	2
Cuidados promotores de dignidade			X									1

Cuidados promotores de Qualidade de Vida				X			X					2
Cuidados promotores de afeto					X				X			2
Cuidados promotores de bem-estar						X						1
Cuidados prestados à pessoa com doença incurável						X		X				2
Cuidados de aceitam a inevitabilidade da morte							X	X				2
Cuidados prestados à pessoa em fase aguda								X				1
Cuidados centrados na pessoa e na família								X			X	2
Cuidados prestados à pessoa em sofrimento									X			1
Cuidados estruturados e em equipa									X			1

Na área temática “Conceito de Cuidados Paliativos” evidenciam-se as seguintes categorias: **cuidados promotores do alívio sintomático, cuidados promotores de Qualidade de Vida, cuidados promotores de afeto, cuidados prestados à pessoa com doença incurável, cuidados que aceitam a inevitabilidade da morte e cuidados centrados na pessoa e na família.** Cada uma delas, foi citada por dois (2) Profissionais de Saúde (tabela 2).

3.3. *Cuidados Prestados ao Idoso em Fase Terminal*

Esta área temática integra os cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Profissionais de Saúde. Como podemos observar no Quadro 10 e com base na entrevista realizadas aos Médicos, foram identificadas seis (6) categorias: **promotores de conforto, promotores do alívio da dor, promotores de afetos, promotores da gestão emocional, gestão nutricional e preventivos**, cada uma (1) delas foi referida por um dos Médicos entrevistados. Dos cuidados preventivos identificados, destaca-se a prevenção de **escaras** e de **infecções**.

Quadro 10: Cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Médicos de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Promotores de conforto		<p>“ (...) de forma a proporcionar-lhe conforto (...)”. (M1)</p> <p>“Cuidados físicos, como minimizar o seu sofrimento físico (...)” (M1)</p>
Promotores do alívio da dor		<p>“(...) de forma a proporcionar-lhe (...) ausência de dor (...)”. (M1)</p>
Promotores de afetos		<p>“(...) de forma a proporcionar-lhe (...) carinho suficiente para suportarem dignamente o tempo que lhes resta de vida.” (M1)</p>
Promotores da gestão emocional		<p>“ (...) cuidados emocionais de forma a evitar tristeza, depressão e ansiedade (...)”. (M1)</p>
Gestão nutricional		<p>“Nutrição (...)”. (M2)</p>
Preventivos	Escaras	<p>“ (...) prevenção de escaras (...)”. (M2)</p>
	Infecções	<p>“(...) e infecções.” (M2)</p>

Nos discursos dos Enfermeiros da Estrutura Residencial para Idosos (Quadro 11), identificamos sete (7) categorias. **Promotores de Qualidade de Vida, promotores de uma morte digna, instrumentais, acompanhamento multidimensional do idoso e família** e as **medidas paliativas**, com uma (1) resposta cada e **administração de terapêutica** com duas (2) respostas. A categoria **promotores de conforto**, foi a mais evidenciada por estes Profissionais de Saúde, sendo referida por três (3) destes.

Quadro 11: Cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Enfermeiros de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Promotores de Qualidade de Vida		“ (...) prestação de cuidados de enfermagem tentar prestar o máximo possível de qualidade de vida (...)”. (E1)
Promotores de uma morte digna		“ (...) prestação de cuidados de enfermagem tentar prestar (...) uma morte digna, sim.” (E1)
Promotores de conforto		<p>“Nesta instituição os cuidados que se prestam aos doentes em fase terminal, têm por base o conforto (...)”. (E2)</p> <p>“ (...) à base dos cuidados de conforto (...)”. (E4)</p> <p>“ (...) prestar cuidados de conforto (...)”. (E5)</p>
Instrumentais		“(...) os cuidados paliativos que aqui se prestam, não são cuidados paliativos. São cuidados gerais de generalista e não enquanto enfermeiro de cuidados paliativos.”. (E2)

Administração e gestão de terapêutica		<p>“(...) administração e gestão de terapêutica.” (E4)</p> <p>“(...) medicação analgésica para as dores (...)”. (E5)</p>
Medidas paliativas		<p>“(...) mínimo de medidas invasivas (...)”. (E5)</p> <p>“Todos os cuidados curativos que visem o bem estar da mesma (...)” (E5)</p> <p>“(...) medidas o menos invasivas possíveis uma vez que não se visa a cura mas o máximo conforto e bem estar enquanto a pessoa vive.” (E5)</p>
Acompanhamento multidimensional do idoso e família		<p>“(...) acompanhamento do utente e família a todos os níveis (espiritual inclusive) (...)”. (E5)</p>

Na análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos Cuidadores Formais, no que diz respeito aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal, destacam-se três (3) categorias: **promotores de conforto, afetivos e administração de alimentação**, sendo a primeira e a última referidas pelos três Cuidadores Formais e os **cuidados afetivos** foram mencionados apenas por um (1). É importante salientar que da categoria **promotores de conforto** resultaram três (3) subcategorias: **cuidados de higiene, posicionamentos/mobilização e hidratação**. Também da **categoria afetivos** salientam-se as subcategorias **dar carinho e dar segurança**.

Quadro 12: Cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Cuidadores Formais de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Promotores de conforto	Cuidados de higiene	<p>“(…) prestar o auxílio na higiene diária dando-lhe algum conforto (…): (CF1)</p> <p>“Os cuidados que nós prestamos ao idoso na instituição é a nível de higiene, tentar dar o melhor conforto possível.” (CF2)</p> <p>“(…) higiene, (...)” (CF3)</p>
	Posicionamentos/mobilização	<p>“Posicionamentos, tentamo-lo fazer de 2/2horas (...)” (CF2)</p> <p>“(…), posição e conforto.” (CF3)</p>
	Hidratação	<p>“(…) hidratação (...)” (CF3)</p>
Afetivos	Dar Carinho Dar Segurança	<p>“(…) e carinho. Tento transmitir-lhes alguma segurança no dia-a-dia (...)”: (CF1)</p>
Administração de alimentação		<p>“Diariamente tento dar a alimentação necessária a cada idoso.” (CF1)</p> <p>“Sim, à exceção das sondas (...)”: (CF2)</p> <p>“Os cuidados prestados são alimentação (...)”: (CF3)</p>

Tabela 3: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema "Cuidados prestados ao idoso em fase terminal"

		Profissionais de Saúde										
Categorias	Subcategorias	M 1	M 2	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	CF 1	CF 2	CF 3	Nº Total de Respostas
Promotores de conforto	Não específica	X			X		X	X				4
	Cuidados de higiene								X		X	2
	Posicionamentos/mobilizações									X	X	2
	Hidratação										X	1
Promotores do alívio da dor		X										1
Promotores de afeto		X										1
Promotores de gestão emocional		X										1
Gestão nutricional			X									1
Preventivos	Escaras		X									1
	Infeções		X									1
Promotores de qualidade de vida				X								1
Promotores de uma morte digna				X								1
Instrumentais					X							1
Administração e gestão de terapêutica							X	X				2
Medidas paliativas								X				1
Acompanhamento multidimensional do idoso e família								X				1

Afetivos	Dar carinho								X			1
	Dar segurança								X			1
Administração de alimentação									X	X	X	3

Na observação da tabela 3, podemos verificar que as categorias mais evidenciadas pelos Profissionais de Saúde são **promotores de conforto** e **administração de alimentação**. A primeira foi mencionada por sete (7) dos dez (10) Profissionais entrevistados e a segunda é referida por três (3).

3.4. *Percepção dos Profissionais de Saúde relativamente aos Cuidados Prestados ao Idoso em Fase Terminal com a Intencionalidade de uma Morte Digna*

A quarta temática a ser estudada através das entrevistas efetuadas aos Profissionais de Saúde foi a percepção dos mesmos relativamente aos cuidados prestados no que diz respeito à intencionalidade de uma morte digna. Tal como se pode verificar no Quadro 13, os Médicos da estrutura residencial estão de acordo neste âmbito, sendo evidenciada a categoria: **adequados no proporcionar de uma morte digna**.

Quadro 13: Percepção dos Médicos relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Adequados no proporcionar de uma morte digna		<p>“ Sim (...) tento proporcionar todo o conforto físico/psíquico que o doente necessita”. (M1)</p> <p>“ Sim (...)”. (M2)</p>

Quanto à opinião dos Enfermeiros, já se encontra dividida, destacando-se duas categorias: **adequados no proporcionar de uma morte digna** com duas (2) respostas e **não adequados no proporcionar de uma morte digna** referida por três (3) Enfermeiros (Quadro 14).

Quadro 14: Perceção dos Enfermeiros relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Adequados no proporcionar de uma morte digna		<p>“ (...) prestação de cuidados de enfermagem tentar prestar (...) uma morte digna, sim.”(E1)</p> <p>“ (...) penso que proporciono uma morte digna à pessoa (...)”. (E3)</p>
Não adequados no proporcionar de uma morte digna		<p>“Como disse, não. Não é digna (...)” (E2)</p> <p>“Julgo que não. Penso que se poderia fazer muito mais (...)”. (E4)</p> <p>“ Não, pelo facto e não ser possível acompanhar verdadeiramente o doente na sua fase final (...)” (E5)</p>

Com os Cuidadores Formais, acontece o mesmo que os Enfermeiros, surgindo duas (2) categorias: **não adequados no proporcionar de uma morte digna** destacando-se com duas (2) respostas e **adequados no proporcionar de uma morte digna** apenas com uma (1), tal como podemos verificar no Quadro 15.

Quadro 15: Perceção dos Cuidadores Formais relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Não adequados no proporcionar de uma morte digna		<p>“Não dou tanto como gostaria, na maioria das vezes, mas todo o tempo que existe para conciliar todo o trabalho inerente às minhas funções não é tanto assim.”. (CF1)</p> <p>“É assim, eu acho que faço o</p>

		melhor que posso, o melhor que sei. Mas tenho noção que poderia ser muito melhor.” (CF2)
Adequados no proporcionar de uma morte digna		“Penso que sim...porque têm todos os cuidados essenciais.” (CF3)

Tabela 4: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema: "Percepção dos Profissionais de Saúde relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna"

		Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
Categorias	Subcategorias	M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Adequados no proporcionar de uma morte digna		X	X	X		X					X	5
Não adequados no proporcionar de uma morte digna					X		X	X	X	X		5

Como é possível verificar na Tabela 4, a opinião dos Profissionais de Saúde entrevistados divide-se. Cinco (5) concordam que os cuidados prestados são **adequados no proporcionar de uma morte digna** e os restantes (cinco) mencionam que os cuidados **não são adequados no proporcionar de uma morte digna**.

3.5. Participação do Idoso nos Cuidados

Um dos objetivos do estudo era verificar a participação do idoso nos cuidados, isto é, verificar até que ponto o idoso é envolvido ou não nos cuidados para ele definidos.

De acordo com as entrevistas realizadas aos Médicos da estrutura residencial para idosos, o idoso participa nos cuidados ou participa pouco nas atividades, definindo-se assim duas (2) categorias: **participa nos cuidados** e **pouca participação nos cuidados**, sendo referidas cada uma apenas uma (1) vez (Quadro 16).

Quadro 16: Participação do idoso nos cuidados na perspectiva dos Médicos de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Participa nos cuidados		“Quando tem capacidade de decisão e mantém orientação necessária para tal, pode participar e optar por soluções terapêuticas.”. (M1)
Pouca participação nos cuidados		“Raramente, atendendo ao seu estado mental.” (M2)

De acordo com os Enfermeiros, o idoso ou tem pouca participação nos cuidados, ou não participa nos cuidados ou participa nos cuidados, sendo cada uma destas hipóteses apresentada na análise de conteúdo efetuada. Surgiram assim três (3) categorias: **pouca participação nos cuidados**, **não participa nos cuidados** e **participa nos cuidados**. Apenas um (1) Enfermeiro dos cinco (5) entrevistados mencionou que o idoso participa nos cuidados. Dois (2) referiram que o idoso tem pouca participação nos cuidados. Os restantes dois (2) disseram que o idoso não participa nos cuidados (Quadro 17).

Quadro 17: Participação do idoso nos cuidados na perspectiva dos Enfermeiros de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pouca participação nos cuidados		<p>“Desde que tenha essa capacidade, deveria ter essa possibilidade. Não temos muito isso em conta (...). (E1)</p> <p>“Na medicação analgésica sim, uma vez que na restante não é possível (...).” (E5)</p>

Não participa nos cuidados		<p>“Nunca. Nesta instituição, nunca.”. (E2)</p> <p>“Não.” (E4)</p>
Participa nos cuidados		<p>“Sempre que possível e que o utente esteja consciente e orientado, deixo que seja ele a tomar a decisão do que fazer.” (E3)</p>

Relativamente a participação do idoso nos cuidados na perspetiva dos Cuidadores Formais, com base nos discursos apresentados, podemos definir as seguintes categorias: **pouca participação nos cuidados, participa nos cuidados e não participa nos cuidados**, sendo cada uma delas referida por um (1) Cuidador Formal (Quadro 18).

Quadro 18: Participação do idoso nos cuidados na perspetiva dos Cuidadores Formais de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pouca participação nos cuidados		<p>“ Tento interagir com eles sempre que possível, mas na maioria dos casos faço o que tenho a fazer simplesmente.” (CF1)</p>
Participa nos cuidados		<p>“É assim, o idoso participa até ter consciência, o idoso deve participar em tudo, porque é assim a opinião final é do idoso (...)”. (CF2)</p> <p>“ (...) é a ideia do idoso que prevalece sempre nunca a nossa.” (CF2)</p>
Não participa nos cuidados		<p>“ Não.” (CF3)</p>

Tabela 5: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema "Participação do idoso nos cuidados na perspectiva dos Profissionais de Saúde"

Categorias	Subcategorias	Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
		M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Participa nos cuidados		X				X				X		3
Pouca participação nos cuidados			X	X				X	X			4
Não participa nos cuidados					X		X				X	3

3.6. Envolvimento da Família do Idoso em Fase Terminal nos Cuidados

Esta área temática integra o tipo de envolvimento estabelecido pela família nos cuidados ao idoso em fase terminal.

Neste contexto, na perspectiva dos Médicos da ERI., obteve-se uma (1) categoria apenas: **envolvimento efetivo**, existindo assim concordância no que se refere ao envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados. O envolvimento efetivo é evidenciado através da **prestação de cuidados instrumentais** e da **gestão de expetativas**, como se pode observar no Quadro 19.

Quadro 19: Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados na perspectiva dos Médicos de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Envolvimento efetivo	Prestação de cuidados instrumentais	“ (...) Sempre que possível envolvemos a família nos cuidados e tratamentos a prestar(...)” (M1)

	Gestão de expetativas	“Sim, para gestão de expectativas e defesa dos profissionais de saúde.” (M2)
--	------------------------------	--

Com base no discurso apresentado pelos Enfermeiros da ERI, definiram-se duas (2) categorias: **pouca participação da família** e **envolvimento de acordo com o interesse da família** (Quadro 20). A primeira mencionada foi referida por quatro (4) Enfermeiros dos dez (10) entrevistados e a segunda obteve apenas uma (1) resposta.

Quadro 20: Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados na perspetiva dos Enfermeiros de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pouca participação da família		<p>“Muito pouco. Acho que aqui ainda temos uma grande barreira (...)”. (E1)</p> <p>“(…) lembro-me apenas de uma família que foi envolvida (...)”. (E2)</p> <p>“Maioritariamente a família não é envolvida nos cuidados. (...) são poucas as situações em que a família é conhecedora da situação do idoso (...)”. (E4)</p> <p>“ O mínimo possível. As visitas comuns.” (E5)</p>
Envolvimento de acordo com o interesse da família		<p>“Numa estrutura residencial temos vários tipos de família, as mais presentes, as mais ausentes, as que valorizam os nossos cuidados, as que desvalorizam e constantemente os que põem em causa. Todavia penso que cada vez mais envolvemos a família nos cuidados e mostramos abertura e disponibilidade para a presença deles nos cuidados.” (E3)</p>

Quanto ao tema “Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados “, na perspectiva dos Cuidadores Formais emergem quatro (4) categorias: **envolvimento efetivo, sem envolvimento, envolvimento de acordo com o interesse da família e envolvimento parcial.**

No Quadro 21, são descritas as categorias acima referenciadas e as respectivas unidades de análise. De acordo com a análise do mesmo, observamos que cada categoria obteve apenas uma (1) resposta.

Quadro 21: Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados na perspectiva dos Cuidadores Formais de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Envolvimento efetivo		“Penso que a família é envolvida nos cuidados (...)” (CF1)
Sem envolvimento		“ Mas também sei que infelizmente são (depositados) nestas instituições e nem querem saber.” (CF1)
Envolvimento de acordo com o interesse da família		“É assim, a família é envolvida quando se presta que tem interesse em ser...quando a própria família mostra que tem interesse em se envolver.” (CF2)
Envolvimento parcial		“Não diretamente...mas está informada de todos os cuidados prestados.” (CF3)

Tabela 6: Número de respostas para cada categoria e respetivas subcategorias relativas ao tema "Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados"

		Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
Categorias	Subcategorias	M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Envolvimento efetivo	Não específica								X			1
	Prestação de cuidados instrumentais	X										1
	Gestão de expetativas		X									1
Pouca participação				X	X		X	X				4
Envolvimento de acordo com o interesse da família						X				X		2
Sem envolvimento									X			1
Envolvimento parcial											X	1

É de salientar que na perspetiva dos Profissionais de Saúde, a família do idoso participa pouco nos cuidados quando este se encontra em fase terminal (Tabela 6)

3.7. Papel da Família numa Estrutura Residencial para Idosos

A área temática “Papel da família numa Estrutura Residencial para Idosos” na perceção dos Profissionais de Saúde é classificada como **intervenção relevante para promover a comunicação e intervenção relevante para promover a socialização**, sendo cada uma delas referida por um (1) dos dois (2) Médicos entrevistados (Quadro 22).

Quadro 22: Papel da família na perspetiva dos Médicos de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Intervenção relevante para promover a comunicação		“É fundamental, pois conhece o idoso melhor que ninguém, por ter com ele convivido durante anos, podendo alertar-nos para alterações comportamentais, físicas, psíquicas, alterações hábitos alimentares, etc.” (M1)
Intervenção relevante para promover a socialização		“Importante (...)”. (M2)

De acordo com a análise de conteúdo realizada às entrevistas efetuadas aos Enfermeiros da ERI, relativamente ao papel da família, foram também definidas duas categorias: **intervenção relevante para promover a socialização e intervenção relevante para promover a comunicação**. A categoria intervenção relevante para promover a socialização foi a mais mencionada com quatro (4) respostas, seguindo a intervenção relevante para promover a comunicação, menos apontada com apenas uma (1) resposta (Quadro 23).

Quadro 23: Papel da família na perspetiva dos Enfermeiros de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Intervenção relevante para promover a socialização		<p>“Sendo que o primordial desta instituição seria proporcionar um ambiente mais familiar possível acho que seria muito benéfico tanto para o utente como para a própria equipa que a família pudesse participar o máximo possível.”. (E1)</p> <p>“Eu considero o papel da família importante (...)”. (E3)</p> <p>“A família tem um papel muito importante.” (E4)</p>

		“devia de ser uma mais valia e um recurso à Enfermagem , por poder colmatar falhas, quer na assistência quer na vigilância, como acompanhamento do utente (...)”. (E5)
Intervenção relevante para promover a comunicação		“ (...) que tentam cada vez mais chegar até nós, ou seja, mesmo não estando presentes muitas vezes, quando estão é para eles importante e para nós também, a transmissão de informações e partilha de ideias.” (E3)

Os Cuidadores Formais afirmam que a família tem uma intervenção relevante para promover a socialização e o bem-estar. Foram desta forma constituídas as seguintes categorias: **intervenção relevante para promover a socialização** e **intervenção relevante para promover o bem-estar emocional**. A primeira foi mencionada por dois (2) Cuidadores Formais dos três (3) entrevistados e a segunda apenas por um (1).

Quadro 24: Papel da família na perspetiva dos Cuidadores Formais de uma ERI

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Intervenção relevante para promover a socialização		<p>“A família é muito importante. Se o idoso se sentir acompanhado pela sua família, será mais leve o seu dia-a-dia.”. (CF1)</p> <p>“Vejo bem quando assim o é, quando são presentes, quando aparecem, quando estão, sim senhora acho que é uma mais valia para o idoso (...)”. (CF2)</p>
Intervenção relevante para promover o bem-estar emocional		“Demonstram preocupação e carinho pelos seus.” (CF3)

Tabela 7: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema "Papel da família do idoso em fase terminal numa ERI"

Categorias	Subcategorias	Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
		M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Intervenção relevante para promover a socialização			X	X		X	X	X	X	X		7
Intervenção relevante para promover a comunicação		X				X						2
Intervenção relevante para promover o bem estar emocional											X	1

Conforme podemos verificar na Tabela 7, para a maior parte Profissionais de Saúde da ERI entrevistados, a família constitui um elemento fundamental, apresentando uma intervenção relevante para a promoção da socialização.

3.8. Dificuldades Sentidas pelos Profissionais de Saúde ao Prestar Cuidados ao Idoso em Fase Terminal

A área temática “Dificuldades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal” está relacionada com as dificuldades expressas pelos Profissionais relativas ao cuidar nesta área específica (Cuidados Paliativos).

Na análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos Médicos da ERI, emergem três (3) categorias: **rácio insuficiente de cuidadores, disponibilidade dos cuidadores insuficiente e definir os limites da intervenção clínica**, cada uma delas com uma (1) resposta.

Quadro 25: Dificuldades sentidas pelos Médicos ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Rácio insuficiente de cuidadores		“A principal dificuldade a meu ver, é o numero de cuidadores (...)” (M1)
Disponibilidade dos cuidadores insuficiente		“ (...) e tempo para poderem dispor a cada um dos residentes idosos (...)”.(M1)
Definir os limites da intervenção clínica		“Até onde deverão ser prestados cuidados de conforto ou requisição de exames”. (M2) “(...) limites da atuação clinica.” (M2)

Do tema “Dificuldades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados em fase terminal numa ERI”, na perspectiva dos Enfermeiros, surgem onze (11) categorias: **deparar-se com prescrições terapêuticas desajustadas à situação clínica, formação inexistente em Cuidados Paliativos, adequar o padrão alimentar, défice de recursos humanos, lidar com o processo de morrer, aceitar o fim da vida, estar disponível, falta de material logístico, acompanhamento do idoso insuficiente, validar queixas do idoso e elaborar um plano ajustado às necessidades efetivas do idoso.** No Quadro 26, apresentamos as categorias acima descritas com as respetivas subcategorias e unidades de análise.

As categorias: formação inexistente em Cuidados Paliativos e défice de recursos humanos foram as mais referenciadas, com duas (2) respostas cada. Seguindo-se as restantes com uma (1) resposta cada uma.

Quadro 26: Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Deparar-se com prescrições terapêuticas desajustadas à situação clínica		<p>“ (...) alguns obstáculos como a medicação que muitas das vezes é prescrita não tendo em conta a fase em que se encontra o idoso (...)”. (E1)</p> <p>“(…) na proposta de cuidados médicos invasivos em que é muito difícil ultrapassar essas dificuldades não podendo recusar mas tentando dar a volta e prestando o melhor cuidado possível.”. (E1)</p>
Formação inexistente em Cuidados Paliativos		<p>“(…) dificuldades de recursos humanos essencialmente (...) ao nível dos conhecimentos (...) falta de conhecimentos (...) muito pouca formação isto nos recursos humanos (...)”. (E2)</p> <p>“(…) talvez por falta de conhecimento (...)”. (E4)</p>
Adequar o padrão alimentar		<p>“(…) o facto de termos alimentações mal estruturadas para estas pessoas, o controlo da hidratação(...)”. (E2)</p>
Défice de recursos humanos		<p>“ (...) a vários fatores ((...) nº profissionais reduzido) (...)” (E3)</p> <p>“(…) uma vez que o rácio não permite”. (E5)</p>
Lidar com o processo de morrer		<p>“A conceção da morte e do fim, embora cada vez mais debatida no meu local de trabalho continua a ser difícil de aceitar</p>

		<p>com tranquilidade e como tomada de decisão acertada”. (E3)</p> <p>“(…) a minha grande dificuldade em lidar como fim, com a morte (…)” (E3)</p>
Aceitar o fim da vida		<p>“(…) para mim enquanto pessoa me seja muito difícil aceitar o fim (…)” (E3)</p> <p>“(…) acho que a maior dificuldade está em aceitar a fase terminal, aceitar o fim.” (E3)</p>
Estar disponível		<p>“(…) a vários fatores (falta de tempo (…)) não temos a disponibilidade física e mental necessária (…).” (E3)</p>
Falta de material logístico		<p>“(…)além disso também há alguma falta de material logístico.” (E4)</p>
Elaborar um plano ajustado às necessidades efetivas do idoso		<p>“ estabelecer prioridades (…) avaliação do estado geral do mesmo incompleta (…)” (E5)</p>
Validar queixas dos idosos		<p>“(…) valorizar queixas dos utentes (…)” (E5)</p>
Acompanhamento do idoso insuficiente		<p>“(…) por poder colmatar falhas, quer na assistência e vigilância, como acompanhamento do utente (…)” (E5)</p> <p>“(…) fraco acompanhamento”. (E5)</p>

A prestação de cuidados aos idosos em fase terminal acarreta algumas dificuldades aos Cuidadores Formais de uma ERI. Após a análise dos dados emergiram quatro

categorias: **indisponibilidade de tempo; lidar com o processo de morrer; gerir as emoções e compreender os sentimentos do idoso** (Quadro 27).

A mais evidenciada foi a indisponibilidade de tempo, com duas (2) respostas, seguindo-se as outras três (3) categorias com uma (1) resposta cada uma.

Quadro 27: Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Formais de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Indisponibilidade de tempo		<p>“A maior dificuldade para mim é o fator tempo.”. (CF1)</p> <p>“Mas face ao trabalho que se tem, face aos doentes que temos por vezes ficam aquém um pouco (...)”. (CF2)</p>
Lidar com o processo de morrer		<p>“É assim é lógico que não é fácil. É uma fase em que, muito complicada.” (CF2)</p>
Gerir as emoções		<p>“Em que se calhar nós certa forma podemos rever algum dos nossos...pode até chocar porque uma pessoa está a passar por aquilo (...)”. (CF2)</p> <p>“ (...) e eu não posso mostrar nem medo nem receio porque não vou criar confiança (...)”. (CF2)</p>
Compreender os sentimentos do idoso		<p>“Dificuldade em compreender o que eles sentem.” (CF3)</p>

Tabela 8: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema "Dificuldades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal"

Categorias	Subcategorias	Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
		M 1	M 2	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	CF 1	CF 2	CF 3	
Rácio insuficiente de cuidadores		X										1
Disponibilidade dos cuidadores insuficiente		X										1
Definir os limites da intervenção clínica			X									1
Deparar-se com prescrições terapêuticas desajustadas à situação clínica				X								1
Formação inexistente em CP					X		X					2
Adequar o padrão alimentar					X							1
Défice de recursos humanos						X		X				2
Lidar com o processo de morrer						X				X		2
Aceitar o fim de vida						X						1
Estar disponível						X						1
Falta de material logístico							X					1
Elaborar um plano ajustado às necessidades efetivas dos								X				1

idosos												
Validar queixas dos idosos								X				1
Acompanhamento do idoso insuficiente								X				1
Indisponibilidade de tempo									X	X		2
Gerir as emoções										X		1
Compreender os sentimentos dos idosos											X	1

Conforme podemos observar na Tabela 8, a formação inexistente em Cuidados Paliativos, o défice de recursos humanos, o lidar com o processo de morrer e a indisponibilidade de tempo foram as dificuldades mais apontadas pelos Profissionais de Saúde que prestam cuidados aos idosos institucionalizados numa ERI em fase terminal.

3.9. Necessidades Sentidas pelos Profissionais de Saúde ao Prestar Cuidados ao Idoso em Fase Terminal

Do tema “Necessidades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal” na perspetiva dos Médicos da ERI, emergem quatro (4) categorias: **ser capaz de proporcionar bem-estar ao idoso, ser capaz de aliviar o sofrimento ao idoso, ser capaz de promover a autonomia ao idoso e ser capaz de gerir as expetativas da família**, sendo cada uma delas apontadas uma (1) vez nas entrevistas efetuadas (Quadro 28).

Quadro 28: Necessidades sentidas pelos Médicos de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Ser capaz de proporcionar bem-estar ao idoso		“Necessidade de prestar todo o conforto e bem-estar (...)” (M1)

Ser capaz de aliviar o sofrimento ao idoso		“(...) aliviando sofrimento(…).” (M1)
Ser capaz de promover a autonomia ao idoso		“(...) tentando ocupar o seu tempo de forma a manter a sua autonomia e capacidades físicas e psíquicas, o mais ativas possível.” (M1)
Ser capaz de gerir as expetativas da família		“A gestão de expetativas da família (...)”. (M2)

Com base nas necessidades expressas pelos Enfermeiros da ERI, foram definidas oito (8) categorias: **saber estabelecer comunicação com a família, existir protocolos, formação em Cuidados Paliativos, saber prestar Cuidados Paliativos, existência de prescrições terapêuticas adequadas à situação clínica, estruturação da equipa de cuidados, espaço físico facilitador da privacidade e existência de comunicação entre os pares** (Quadro 29). As categorias mais evidenciadas pelos Enfermeiros foram a formação em Cuidados Paliativos e a existência de prescrições terapêuticas adequadas à situação clínica, com quatro (4) e três (3) respostas obtidas, respetivamente. A estruturação em equipa foi apontada por dois (2) dos cinco Enfermeiros entrevistados, seguindo-se o saber estabelecer comunicação com a família, a existência de protocolos, o saber prestar Cuidados Paliativos, o espaço físico facilitador da privacidade e a existência de comunicação entre os pares, com uma (1) resposta cada.

Quadro 29: Necessidades sentidas pelos Enfermeiros de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Saber estabelecer comunicação com a família		“Acho que aqui ainda temos uma grande barreira, não tanto na comunicação do enfermeiro com a família mas sim do médico (...)”. (E1)

Existir Protocolos		“Sinto necessidade de haver protocolos (...)”. (E1)
Formação em Cuidados Paliativos		<p>“Sinto necessidade de haver (...) mais informação.” (E1)</p> <p>“ (...) considero que a falta muitas vezes de conhecimento(...)” (E3)</p> <p>“ (...) conhecimentos acerca da área.” (E4)</p> <p>“ Sinto que não presto os cuidados devidos, ainda mais tendo conhecimento agora, de um leque de questões que devem ser valorizadas e intervenções que devem ser praticadas. (...)” (E5)</p>
Saber prestar Cuidados Paliativos		“São cuidados gerais de generalista e não enquanto enfermeiro de cuidados paliativos” (E2)
Existência de prescrições terapêuticas adequadas à situação clínica		<p>“Não existe uma terapêutica adequada para estas pessoas.” (E2)</p> <p>“considero que a falta muitas vezes (...) meios técnicos para melhorar a qualidade de vida (...)” (E3)</p> <p>“ (...) falta terapêutica de conforto (...)”. (E3)</p> <p>“(…) não acho que temos as terapêuticas mais ajustadas à situação clínica que os utentes apresentam.” (E4)</p>

Estruturação da equipa de cuidados		<p>“(…) de conseguirmos reunir uma equipa multidisciplinar (…)”. (E1)</p> <p>“A partilha, olhe primeiro de tudo a estruturação de uma equipa era importantíssima que não existe (…)”. (E2)</p>
Espaço físico facilitador da privacidade		<p>“(…) espaço físico para maior privacidade (…)”. (E3)</p>
Existência de comunicação entre os pares		<p>“Um suporte dos outros profissionais de saúde (…)” (E4)</p>

Com base nos discursos dos Cuidadores Formais, definiram-se as seguintes categorias: **estar disponível, formação em cuidados paliativos e partilhar afetos**, sendo cada uma delas expressa uma (1) vez.

Quadro 30: Necessidades sentidas pelos Cuidadores Formais de uma ERI ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Estar disponível		<p>“ (…) Nestes casos, é necessário descontrair com o utente, se eles nos sentirem agitados, sempre em correria, stressados, ansiosos irão ficar muito mais retraídos e contidos, não estarão em “paz”, (fator tempo). Talvez seja eu...mas gosto de perceber que cada um à sua maneira gosta do que tento transmitir-lhes.”. (CF1)</p>
Formação em Cuidados Paliativos		<p>“(…) acho que deveria de haver algum tipo de formação específica para que possamos perceber qual a</p>

		forma mais correta de os poder posicionar sem causar tanto sofrimento.”. (CF1)
Partilhar afetos		“ Sinto necessidade de lhes prestar algum conforto e carinho.” (CF3)

Tabela 9: Número de respostas para cada categoria e respetivas subcategorias relativas ao tema "Necessidades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal"

		Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
Categorias	Subcategorias	M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Ser capaz de proporcionar bem-estar ao idoso		X										1
Ser capaz de aliviar o sofrimento ao idoso		X										1
Ser capaz de promover autonomia ao idoso		X										1
Ser capaz de gerir as expetativas da família			X									1
Saber estabelecer comunicação com a família				X								1
Existir protocolos				X								1
Formação em CP				X		X	X	X	X			5

Saber prestar cuidados paliativos					X							1
Existência de prescrições terapêuticas adequadas à situação clínica					X	X	X					3
Estruturação da equipa de cuidados				X	X							2
Espaço físico facilitador de privacidade						X						1
Existência de comunicação entre pares							X					1
Estar disponível									X			1
Partilhar afetos											X	1

Na informação obtida através das entrevistas realizadas, a necessidade mais notória e afirmada pelos Profissionais de Saúde é a necessidade de formação (categoria referida por cinco (5) Profissionais dos dez (10) entrevistados).

3.10. Dilemas Éticos que Emergem aos Profissionais de Saúde no Cuidar do Idoso em Fase Terminal

No quotidiano dos Profissionais de Saúde no cuidar do idoso em fase terminal, são alguns os dilemas éticos com que se deparam.

Na análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos Médicos, emergiram duas categorias: **até quando investir em medidas curativas** e **até quando investir em medidas terapêuticas invasivas**, sendo cada uma delas citadas por um (1) Médico.

Quadro 31: Dilemas éticos que emergem aos Médicos de uma ERI no cuidar do idoso em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Até quando investir em medidas curativas		“(…) o mais importante para mim é saber até quando se deve investir no prolongamento da sua vida, pois o proporcionar de uma morte digna e tranquila é um objetivo de qualquer instituição ou profissional de saúde.”. (M1)
Até quando investir em medidas terapêuticas invasivas		“Até onde deverão ser prestados cuidados de conforto ou requisição de exames”. (M2)

Na perspectiva dos Enfermeiros, os dilemas éticos com que se deparam no dia-a-dia, são os seguintes: **aceitar decisões terapêuticas desajustadas à situação clínica; proporcionando um efeito indesejado; tomada de decisão centrada no idoso; até quando prolongar a vida e a tomada de decisão pelo outro.** Podemos verificar no Quadro 32 que a categoria mais citada foi até quando prolongar a vida, com três (3) respostas, seguindo-se a tomada de decisão pelo outro, com duas (2) respostas e as restantes com uma (1) resposta cada uma.

Quadro 32: Dilemas éticos que emergem aos Enfermeiros de uma ERI no cuidar do idoso em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Aceitar decisões terapêuticas desajustadas à situação clínica		<p>“Novamente não poderemos ultrapassar a classe médica (…)”. (E1)</p> <p>“(…) mas também temos os dilemas éticos daquilo que a pessoa nos diz e do que nos é imposto pela ordem dos enfermeiros e pela nossa classe. (…)”. (E1)</p>

Proporcionando um efeito indesejado		<p>“A não maleficência, no sentido em que não quero obviamente prestar maus cuidados, não quero ser mau com ele, mas o que é facto é que muitas vezes quando estamos a prestar cuidados deparamo-nos com por exemplo mobilizações que causam dor e que não são controladas por terapêutica (...)”. (E2)</p>
Tomada de decisão centrada no idoso		<p>“E da beneficência, porque o facto de nós queremos ter sempre a preocupação de causar o bem para o utente muitas vezes este bem é muito mal definido é muito ténue a linha entre o que é bom para nós e o que é que é bom para o utente (...)”. (E2)</p>
Até quando prolongar a vida		<p>“ (...) quem sou eu para não lutar ao máximo pela saúde, se cada vez mais a medicina está evoluída. Luto pela vida ou aceito o fim da vida???” (E3)</p> <p>“(…) se devemos ou não investir no idoso (...)”. (E4)</p> <p>“ (...) o facto de realmente não prolongar a vida, mas sim permitir-lhe viver bem enquanto está vivo (...)” (E5)</p> <p>“ (...) entubação nasogástrica (...)”. (E4)</p>
Tomada de decisão pelo outro		<p>“Enquanto pessoa posso decidir por outra pessoa?? Quando a pessoa não consegue decidir quem tem essa responsabilidade? Sou eu profissional? É a família que melhor o conhece, ou que às vezes conhece menos, que eu? A pessoa goza de plena capacidade de</p>

		<p>decisão ou não? Sendo idoso muitas vezes a capacidade mental e tomada de decisão está condicionada e agora? O que será que ele/ela gostaria que fosse feito??? É muito difícil decidir.” (E3)</p> <p>“ (...) poder de escolha do utente que tantas vezes é posto em causa ou desvalorizado por questões de ordem “maior.” (E5)</p>
--	--	---

O **respeito pela vontade** e o **dar resposta às necessidades efetivas** foram as categorias que emergiram da análise de conteúdo realizada às entrevistas efetuadas aos Cuidadores Formais da ERI, obtendo a primeira uma (1) resposta e a segunda duas (2).

Quadro 33: Dilemas éticos que emergem aos Cuidadores Formais de uma ERI no cuidar do idoso em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Respeito pela vontade		<p>“Há decisões que temos de tomar mesmo que não estejam no programa diário, desde que favoreçam a qualidade e o bem estar do utente. Se um utente tem como objetivo fazer levantar, numa situação pontual se o melhor é não o fazer então não o farei.” (CF1)</p>
Dar resposta às necessidades efetivas		<p>“ (...) acho que se tem que avaliar o utente, a situação do utente e há que dar uma capacidade de resposta (...): (CF2)</p> <p>“ Por vezes o dilema de prestar um bem-estar.” (CF3)</p>

Tabela 10: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema "Dilemas éticos que emergem aos Profissionais de Saúde no cuidar do idoso em fase terminal"

Categorias	Subcategorias	Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
		M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Até quando investir em medidas curativas		X										1
Até quando investir em medidas terapêuticas invasivas			X									1
Aceitar decisões terapêuticas desajustadas à situação clínica				X								1
Proporcionando um efeito indesejado					X							1
Tomada de decisão centrada no idoso					X							1
Até quando prolongar a vida						X	X	X				3
Tomada de decisão pelo outro						X		X				2
Respeito pela vontade									X			1
Dar resposta as necessidades efetivas										X	X	2

Na análise geral da informação obtida sobre esta temática, reparamos que os dilemas mais frequentes no quotidiano dos Profissionais de Saúde de um ERI são o saber até

quando prolongar a vida, a tomada de decisão pelo outro e o dar respostas às necessidades efetivas, tendo a primeira sido referida por três (3) Profissionais dos dez (10) entrevistados e as restantes por dois (2) cada uma.

3.11. Estratégias Mobilizadas pelos Profissionais de Saúde para Superarem os Dilemas Éticos

Analisando a temática “Estratégias mobilizadas pelos Profissionais de Saúde para superarem os dilemas éticos”, na perspetiva dos Médicos, emergem duas (2) categorias: **reuniões multidisciplinares e adoção de atitudes terapêuticas adequadas à situação clínica**. Como podemos observar no Quadro 34, onde se expressam as categorias e respetivas unidades de análise, cada uma das categorias obtidas apresenta uma (1) resposta.

Quadro 34: Estratégias mobilizadas pelos Médicos de uma ERI para superarem os dilemas éticos

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Reuniões multidisciplinares		“O superar destas dificuldades, passa por reuniões multidisciplinares (...)”. (M1)
Adoção de atitudes terapêuticas adequadas à situação clínica		“Adotar a atitude clínica ao caso e à sua evolução”. (M2)

Na perspetiva dos Enfermeiros advêm sete (sete) categorias: **reuniões multidisciplinares, elaborar registos de enfermagem ajustados, acreditar no seu modelo de cuidados, estar disponível para aprender, favorecer a vontade do idoso, recurso à Equipa de Saúde e recurso à formação**.

No Quadro 35, para cada uma destas categorias acima transcritas, as respetivas subcategorias e unidades de análise.

Quadro 35: Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros de uma ERI para superarem os dilemas éticos

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Reuniões multidisciplinares	Procura de consensos	“Em reuniões de equipa, tentamos chegar a um consenso (...)” (E1)
	Estabelecimento de normas	“Em reuniões de equipa, tentamos chegar a um consenso e estabelecendo algumas normas (...)” (E1)
	Partilha de informação	“ (...) aprendendo com a experiência dos outros (...)” (E3) “Mostrando abertura para ouvir a opinião do idoso e da sua família e discutindo estas questões em equipa multidisciplinar”. (E3)
Elaborar registos de enfermagem ajustados		“(...) através de registos fidedignos e o mais completos possível.”. (E1)
Acreditar no seu modelo de cuidados		“Nesta instituição a única forma é conseguir pensar que aquilo que eu estou a fazer é o que eu gostaria (...) e portanto aí não consigo superar nada, não há, não tenho ninguém que se preocupe com esta situação.” (E2)
Estar disponível para aprender		“Abrindo a minha mente a estas temáticas (...)”. (E3) “ (...) aumentando o conhecimento (...)”. (E3) “ Com a procura de literatura (...)” (E4)

Favorecer a vontade do idoso		“Principalmente, colocando a opinião/vontade do idoso à frente da minha (...)”. (E3)
Recurso à Equipa de Saúde		“ (...) é recorrer aos colegas, aos outros profissionais de saúde, quer sejam médicos ou enfermeiros.” (E4)
Recurso à formação		“Através da educação dos profissionais e alertas para todas estas questões!” (E5)

As categorias mais mencionadas foram **reuniões multidisciplinares** com três (3) respostas e **estar disponível para aprender** com duas (2).

As categorias menos relatadas, com apenas uma (1) resposta cada foram: **elaborar registos de enfermagem ajustados, acreditar no seu modelo de cuidados, favorecer a vontade do idoso, recurso à Equipa de Saúde e recurso à formação**.

Da categoria **reuniões multidisciplinares** emergem três (3) subcategorias: **procura de consensos, estabelecimento de normas e partilha de informação**. Cada uma delas mencionada por um (1) enfermeiro dos cinco (5) entrevistados.

Na análise realizada ao conteúdo das entrevistas aos Cuidadores Formais, obteve-se apenas uma categoria: **recurso à Equipa de Enfermagem**, mencionada pelos três (3) Cuidadores Formais entrevistados.

Quadro 36: Estratégias mobilizadas pelos Cuidadores Formais de uma ERI para superarem os dilemas éticos

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Recurso à Equipa de Enfermagem		“ (...) mas tento participar, todas as que considero “anomalias” aos enfermeiros e procuro soluções junto dos mesmos.” (CF1) “Sempre que há alguma coisa para

		<p>resolver tenta-se com a equipa de enfermagem (...). (CF2)</p> <p>“Supero com uma interajuda de outros profissionais.” (CF3)</p>
--	--	--

Tabela 11: Número de respostas dadas para cada categoria e respetivas subcategorias relativas ao tema "Estratégias mobilizadas pelos Profissionais de Saúde para superarem os dilemas éticos"

		Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
Categorias	Subcategorias	M 1	M 2	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	CF 1	CF 2	CF 3	
Reuniões multidisciplinares	Não específica	X										1
	Procura de consensos			X								1
	Estabelecimento de normas			X								1
	Patilha de informação					X						1
Adoção de atitudes terapêuticas adequadas à situação clínica.			X									1
Elaborar registos de enfermagem ajustados				X								1
Acreditar no seu modelo de cuidados					X							1
Estar disponível para aprender						X	X					2
Favorecer a vontade do idoso						X						1
Recurso à equipa de saúde							X					1
Recurso à formação								X				1

Recurso à equipa de Enfermagem									X	X	X	3
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

As estratégias mobilizadas pelos Profissionais de Saúde para a superação dos dilemas éticos mais aludidas foram as reuniões multidisciplinares e o recurso à Equipa de Enfermagem, conforme se pode observar na Tabela 11.

3.12. Estratégias Adotadas pelos Profissionais de Saúde na Tomada de Decisão

Perante o idoso em fase terminal, os Profissionais de Saúde recorrem a estratégias para a sua tomada de decisão. Assim, após a análise de conteúdo realizada às entrevistas dos médicos da ERI, emergiram as seguintes categorias: **envolvimento da Equipa de Saúde, informação da família, gestão emocional e respeito pela tomada de decisão do idoso e família**. A categoria envolvimento da Equipa de Saúde foi a mais mencionada, sendo referida pelos dois (2) Médicos entrevistados. Seguindo-se a informação da família, gestão emocional e respeito pela tomada de decisão do idoso e família com uma (1) resposta cada uma (Quadro 37).

Quadro 37: Estratégias adotadas pelos Médicos de uma ERI na tomada de decisão

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Envolvimento da Equipa de Saúde		<p>“Habitualmente sim, envolvemos toda a equipe na tomada de decisões terapêuticas (...)”. (M1)</p> <p>“A interação entre médicos, enfermeiros, família e doente (...)”. (M1)</p> <p>“Sim, se a medida for controversa ou de risco”. (M2)</p>

Informação da família		“(…) A participação e informação da família, torna-se importante, pois é de louvar e é útil.(…)”. (M1)
Gestão emocional		“Todas as tentativas de intervenção no sentido de diminuir as situações stressantes tanto para o doente, como para a família, que se consegue com informação permanente (…)”. (M1)
Respeito pela tomada de decisão do idoso e família		“São, em geral, decisões pessoais.” (M2)

Com base no discurso dos Enfermeiros, relativamente às estratégias adotadas na tomada de decisão, emergiram três (3) categorias: **tomada de decisão em Equipa de Saúde, tomada de decisão não partilhada com a família e tomada de decisão individual**. A categoria tomada de decisão em Equipa de Saúde foi a mais mencionada, com quatro (4) respostas. Seguindo a tomada de decisão não partilhada com a família e a tomada de decisão individual, apenas referidas por um (1) Enfermeiro cada uma dos cinco (5) entrevistados.

Quadro 38: Estratégias adotadas pelos Enfermeiros de uma ERI na tomada de decisão

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Tomada de decisão em equipa de saúde		“Com a restante equipa sim.”. (E1) “(…) Com o idoso, se este estiver consciente e orientado tentamos também procurar que isso

		<p>aconteça.” (E1)</p> <p>“Com a restante equipa sim, com o idoso também sempre que o mesmo tem essa capacidade mantida, com a família nem tanto, pois como já referi depende muito da família (...) sempre que consideramos que é uma família presente (...) é tida nem consideração.” (E3)</p> <p>“ (...) na maioria dos casos é só partilhada com a equipa e nem sempre com todos os elementos da equipa (...)”: (E4)</p> <p>“Não, é apenas discutida com o médico em questão e enfermeiro presente.” (E5)</p>
Tomada de decisão não partilhada com a família		<p>“(...) com a família como eu já disse , a família é um bocadinho negligenciada nesta fase.”. (E1)</p>
Tomada de decisão individual		<p>“Não. Nunca, é uma pena. A partilha, olhe primeiro de tudo a estruturação de uma equipa era importantíssima que não existe. Depois esta equipa para além dos enfermeiros que existe enfermeiros com vontade de, não existe uma equipa bem formada. (...)” (E2)</p>

Na perspetiva dos Cuidadores Formais, emergiu apenas uma categoria: **tomada de decisão partilhada com a Equipa de Enfermagem**, referida apenas por um (1) Cuidador Formal (Quadro 39).

Quadro 39: Estratégias adotadas pelos Cuidadores Formais de uma ERI na tomada de decisão

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Tomada de decisão partilhada com a Equipa de Enfermagem		“Sim, é. Existe sempre comunicação, da nossa parte prestadores de cuidados e como ao bocado referi também com a equipa de enfermagem (...)”. (CF2)

Tabela 12: Número de respostas dadas para cada categoria e respetivas subcategorias relativas ao tema “Estratégias adotadas pelos Profissionais de Saúde na tomada de decisão”

Categorias	Subcategorias	Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
		M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Envolvimento da Equipa de Saúde		X	X									2
Informação da família		X										1
Gestão emocional		X										1
Respeito pela tomada de decisão do idoso e família			X									1
Tomada de decisão em Equipa de Saúde				X		X	X	X				4
Tomada de decisão não partilhada com a família				X								1
Tomada de decisão individual					X							1
Tomada de decisão partilhada com a Equipa de Enfermagem										X		1

O envolvimento da Equipa de Saúde e a tomada de decisão em Equipa de Saúde foram as estratégias mais apontadas pelos Profissionais de Saúde nesta área temática.

3.13. Sentimentos que Emergem aos Profissionais de Saúde na Tomada de Decisão

Relativamente ao tema “Sentimentos que emergem aos Profissionais de Saúde na tomada de decisão” e com base na análise das entrevistas realizadas aos Médicos, emergiu a categoria **dever cumprido**, sendo referida por um (1) Médico.

Quadro 40: Sentimentos que emergem aos Médicos de uma ERI na tomada de decisão

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Dever cumprido		“Sentimento de boa atitude profissional (...) sentimento de que foi feito o que estava ao nosso alcance para lhe proporcionar um fim de vida digno e confortável.” (M1)

Na perspetiva dos Enfermeiros obteve-se as seguintes categorias: **dever cumprido**, **tristeza**, **impotência**, **satisfação**, **angústia**, **frustração** e **dúvida**. Como podemos verificar no quadro 41, as categorias mais mencionadas foram: **dever cumprido**, **satisfação** e **frustração**, cada uma delas referida por dois (2) Enfermeiros dos cinco (5) participantes. Seguindo-se, a **tristeza**, a **impotência**, a **angústia** e a **dúvida** com uma (1) resposta cada.

Quadro 41: Sentimentos que emergem aos Enfermeiros de uma ERI na tomada de decisão

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Dever cumprido		“(…) mas sim prestar a melhor qualidade de vida possível e acho que é esse sentimento que nos guia apesar de não termos nenhuma norma, nenhum

		<p>protocolo definido.” (E1)</p> <p>“ (...) e dever cumprido (...)”. (E3)</p> <p>“ (...) e de valorização do outro”. (E3)</p>
Tristeza		<p>“(…) portanto neste sentido eu acho que há uma despersonalização dos cuidados e portanto e ...e neste sentido acho que a tomada de decisão me faz sentir francamente triste (...)”. (E2)</p>
Impotência		<p>“(…) no sentido em que eu quero mais e não consigo.” (E2)</p>
Satisfação		<p>“(…) Mas ao mesmo tempo faz-me sentir bem porque tento fazer alguma coisa.”.(E2)</p> <p>“(…) eu sinto-me bem a prestar cuidados paliativos (...)”. (E2)</p> <p>“ (...) sentimentos de satisfação (...)”. (E3)</p> <p>“ (...) sentimentos de superação de mim próprio (...)”. (E3)</p>
Angústia		<p>“Sentimento de angústia (...)” (E3)</p>
Frustração		<p>“(…) frustração (...)”: (E3)</p> <p>“Sem dúvida o fraco acompanhamento e fraca vigilância dos doentes é a maior frustração.” (E5)</p> <p>“Frustração.” (E5)</p>

Dúvida		“ (...) aquela sensação que fica se realmente estamos a fazer o que é melhor ou não para o utente e se está, se é o mais correto (...)”. (E4)
---------------	--	--

Das entrevistas realizadas aos cuidadores formais emergiu apenas uma (1) categoria: **revolta**, sendo referida por um (1) Cuidador Formal (Quadro 42).

Quadro 42: Sentimentos que emergem aos Cuidadores Formais de uma ERI na tomada de decisão

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Revolta		“ (...) às vezes um bocado de revolta (...)” .(CF2)

Tabela 13: Número de respostas para cada categoria e respetivas subcategorias relativas ao tema “Sentimentos que emergem aos Profissionais de Saúde na tomada de decisão”

		Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
Categorias	Subcategorias	M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Dever cumprido		X		X		X						3
Tristeza					X							1
Impotência					X							1
Satisfação					X	X						2
Angústia						X						1
Frustração						X		X				2
Dúvida							X					1
Revolta										X		1

O dever cumprido, a satisfação e a frustração foram os sentimentos mais evidenciados pelos Profissionais de Saúde no que diz respeito à tomada de decisão.

3.14. Estratégias de Coping Adotadas pelos Profissionais De Saúde na Tomada de Decisão

Das entrevistas efetivadas aos Profissionais de Saúde, sobressaiu o tema “Estratégias de *coping* adotadas pelos Profissionais de Saúde na tomada de decisão”.

Na perspectiva dos Enfermeiros, emergiram as seguintes categorias: **participar em reuniões de equipa, exteriorizar sentimentos, adotar uma atitude reflexiva, partilha de experiências com a Equipa de Saúde e a expressão de sentimentos.**

A partilha de experiências com a Equipa de Saúde e a expressão de sentimentos, foram as categorias mais mencionadas, com duas (2) respostas cada uma. As categorias menos relatadas foram participar em reuniões de equipa, exteriorizar sentimentos e adotar uma atitude reflexiva, com uma (1) resposta cada uma (Quadro 43).

Quadro 43: Estratégias de *coping* adotadas pelos Enfermeiros de uma ERI na tomada de decisão

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Participar em Reuniões de equipa		“Através de reuniões de equipa e também envolvendo a chefia e a direção clínica para tentar tomar a melhor decisão possível.” (E1)
Exteriorizar sentimentos		“(…) no máximo é deitar cá para fora a raiva que sinto às vezes por não conseguir fazer mais por eles.” (E2)
Adotar uma atitude reflexiva		“Reflexão uma vez que me conheço e sei que tenho essa dificuldade.” (E3)
Partilha de experiências com a Equipa de Saúde		“Ouvir a opinião/Experiencia de

		colegas enfermeiros e outros (...)” (E3) “ (...) em debate com os colegas de profissão, portanto.” (E4)
Expressão de sentimentos		“ (...) escutar o idoso e valorizar a sua opinião”. (E3) “Tento ao máximo valorizar, avaliar e compreender as queixas dos utentes por forma a acreditar que enquanto pessoa e enfermeira faço a diferença e cuido aquele doente como um ser único”. (E5)

Tabela 14: Número de respostas para cada categoria e respetivas subcategorias relativas ao tema “Estratégias de *coping* adotadas pelos Profissionais de Saúde na tomada de decisão”

		Profissionais de Saúde										
Categorias	Subcategorias	M 1	M 2	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	CF 1	CF 2	CF 3	Nº Total de Respostas
Participar em Reuniões de equipa				X								1
Exteriorizar sentimentos					X							1
Adotar uma atitude reflexiva						X						1
Partilha de experiências com a Equipa de Saúde						X	X					2
Expressão de sentimentos						X		X				2

A partilha de experiências com a Equipa de Saúde e a expressão de sentimentos, foram as estratégias de *coping* mais apontadas pelos Profissionais de Saúde.

3.15. Sugestão/Comentário para um Melhor Cuidar do Idoso Institucionalizado em Fase Terminal

Relativamente ao tema “Sugestão/comentário para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal” e com base nas entrevistas realizadas aos Enfermeiros, emergiram as seguintes categorias: **formação na área dos Cuidados Paliativos, existência de protocolos, existência de reuniões multidisciplinares, mais trabalho em equipa e associação, expansão da filosofia dos Cuidados Paliativos e maior referenciação dos idosos em fase terminal para Cuidados Paliativos**. Como podemos observar no Quadro 43, a categoria mais mencionada foi a **formação na área dos Cuidados Paliativos**, sendo referida por quatro (4) Enfermeiros dos cinco (5) entrevistados, seguindo-se as restantes: existência de reuniões multidisciplinares, mais trabalho em equipa e associação, expansão da filosofia dos cuidados paliativos e maior referenciação dos idosos em fase terminal para cuidados paliativos com uma (1) resposta cada uma.

Quadro 44: Sugestões/Comentários dos Enfermeiros de uma ERI para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Formação na área dos Cuidados Paliativos		<p>“Acho que para estarmos todos cientes do que estamos a fazer devíamos ter mais formação nesta área (...).” (E1)</p> <p>“(...) Portanto é neste sentido, que a sugestão era, ou os médicos com mais especialidade ou mais preocupados com estes cuidados e nesta instituição os enfermeiros e os médicos também claro.” (E2)</p> <p>“(...) desenvolver também os</p>

		<p>conhecimentos (...)" (E4)</p> <p>" É bom existir alguém que explore e desenvolva estas temáticas que se deixaram esquecidas nos cuidados à pessoa e nomeadamente ao idoso." (E3)</p> <p>É bom que estes estudos e formação se façam em residenciais de idosos, pois ainda há muito o preconceito do enfermeiro que aqui trabalha ser menos atualizado, experiente e estagnado na formação". (E3)</p> <p>"Sugiro formação em serviço nesta área de modo a atualizar os profissionais (...) faze-los refletir nas suas praticas (...)" (E3)</p> <p>" (...) desenvolver (...) as competências dos profissionais de saúde." (E4)</p>
Existência de protocolos		<p>" (...) deveríamos ter também protocolos (...)" (E1)</p>
Existência de Reuniões Multidisciplinares		<p>" (...) existirem reuniões multidisciplinares e que envolvesse a família , o idoso , as equipas de assistentes sociais e psicólogos que existem mas que ainda trabalham um bocadinho individualmente." (E1)</p>
Mais de trabalho em equipa e em associação		<p>"(...) Eu acho que se trabalhássemos todos em conjunto conseguíamos obter melhores resultados." (E1)</p>
Expansão da filosofia dos cuidados paliativos		<p>"A única coisa que eu gostava é que os Cuidados Paliativos realmente fossem muito mais desenvolvidos nesta instituição e em outras porque infelizmente em Portugal os Cuidados Paliativos não são desenvolvidos de uma forma tao adequada quanto isso</p>

		(...)”. (E2)
Maior referência dos idosos em fase terminal para os cuidados paliativos		“(…) acho que deveriam de ser encaminhados para tal, referenciados como sendo doentes terminais e prestar-lhes melhores cuidados (...)” (E4)

Nas entrevistas realizadas aos Cuidadores Formais, relativamente a esta área temática emergiram duas categorias: **mais interação entre a Equipa de Enfermagem e Cuidadores Formais** e **Mais recursos humanos**, sendo cada uma delas referida por um (1) Cuidador Formal.

Quadro 45: Sugestões/Comentários dos Cuidadores Formais para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Mais interação entre equipa de Enfermagem e Cuidadores Formais		“Mais parceria entre enfermagem e auxiliar e vice-versa”. (CF1)
Mais recursos humanos		“ (...) haver mais prestadores de cuidados.” (CF2)

Tabela 15: Número de respostas para cada categoria e respectivas subcategorias relativas ao tema "Sugestão/Comentário para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal"

Categorias	Subcategorias	Profissionais de Saúde										Nº Total de Respostas
		M1	M2	E1	E2	E3	E4	E5	CF1	CF2	CF3	
Formação na área dos Cuidados Paliativos				X	X	X	X					4
Existência de protocolos				X								1
Existência de reuniões multidisciplinares				X								1
Mais trabalho em equipa e em associação				X								1
Expansão da filosofia dos Cuidados Paliativos					X							1
Maior referência dos idosos em fase terminal para os Cuidados Paliativos							X					1
Mais interação entre equipa de Enfermagem e Cuidadores Formais									X			1
Mais recursos humanos										X		1

A formação na área dos Cuidados Paliativos foi a categoria mais apontada pelos Profissionais de Saúde como sugestão para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal.

4. DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Após a apresentação e análise dos dados obtidos, emerge a necessidade da discussão dos achados. Deste modo, iremos discutir os achados relativos aos seguintes temas: conceito de pessoa idosa em fase terminal, conceito de cuidados paliativos, cuidados prestados ao idoso em fase terminal, cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna, participação do idoso nos cuidados, envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados, papel da família do idoso em fase terminal numa ERI, dificuldades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal, necessidades sentidas pelos Profissionais de Saúde ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal, dilemas éticos que emergem aos PS no cuidar do idoso em fase terminal, estratégias mobilizadas pelos PS na superação dos dilemas éticos, estratégias adotadas pelos Profissionais de Saúde na tomada de decisão, sentimentos que emergem aos PS na tomada de decisão, estratégias de *coping* adotadas pelos Profissionais de Saúde na tomada de decisão e por fim, sugestões/comentários dos PS para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal.

Conceito de Pessoa Idosa em Fase Terminal

A análise do conceito de pessoa idosa em fase terminal, permitiu-nos identificar a percepção que os Profissionais de Saúde de uma estrutura residencial para idosos têm acerca da pessoa idosa em fase terminal. Verificamos que os diferentes profissionais que participaram no estudo possuíam o mesmo conceito. Segundo os mesmos, pessoa idosa em fase terminal é uma pessoa com idade superior a 65 anos (relativamente ao termo de pessoa idosa), com doença progressiva e incurável, em situação irreversível, em processo de fim de vida, no último estágio, dependente nas AVD's, com necessidades afetivas e sem perspectiva de cura.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pessoa idosa é aquela com mais de 65 anos de idade nos países desenvolvidos e com mais de 60 anos em países em desenvolvimento (WHO, 2002). Para Cabete (2002), idosos são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, em que, começa a sentir alterações acentuadas a nível físicas, psicológicas e sociais mais significativas.

Tal como já foi referido na parte teórica do estudo, doente terminal é *“aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses.”* (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006a) o que corrobora com o nosso estudo.

Moreira (2006) entende doente terminal *“como aquele que vive num estágio ou uma etapa final de vida de uma doença avançada, progressiva e incurável”*. (p. 34)

Verificamos assim, que o conceito de pessoa idosa em fase terminal ainda é um tema que “agita” e de difícil definição para os Profissionais de Saúde da ERI, apesar das respostas irem de encontro aos marcos teóricos. Como refere Gutierrez (2001), o conceito de doente terminal, não é de fácil definição, embora seja constantemente alvo de avaliações consensuais dos diferentes profissionais. A maior dificuldade encontra-se na objetivação do momento em si, e não no seu reconhecimento. Fala-se em terminalidade quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do doente e a possibilidade de morte torna-se inevitável e previsível.

Conceito de Cuidados Paliativos

Na análise dos discursos relativos à perceção dos Profissionais de Saúde sobre o conceito de Cuidados Paliativos, apuramos que apesar de ainda ser um tema *tabu*, do qual muitos dos Profissionais ainda têm alguma dificuldade em expressar-se, já há alguma preocupação com os cuidados prestados a esse nível. De acordo com Meireles (2008) *“Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada do Serviço Nacional de Saúde à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente doentes na fase final da vida”*. São cuidados prestados a doentes em situação de sofrimento intenso resultante de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva. O seu objetivo consiste na promoção do bem-estar e qualidade de vida destes doentes até ao fim dos seus dias. São cuidados ativos, globais e coordenados, que abrangem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de CP, em internamento ou no domicílio. Estes cuidados destinam-se a doentes que, não têm perspetiva de cura, com doença progressiva e cuja expectativa de vida é limitada. O seu sofrimento é intenso e têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico (Portal da Saúde, 2010).

Segundo a OMS, os CP melhoram a qualidade de vida dos doentes e das famílias que lidam com doenças fatais, promovendo o alívio da dor e de outros sintomas, dando apoio espiritual e psicológico a partir do momento do diagnóstico até ao fim da vida e durante o luto (OMS, s.d.).

Sapeta (2011) refere que os pilares essenciais dos Cuidados Paliativos *“assentam no controlo da dor e de todos os sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família, devendo ela ser ativamente incorporada nos cuidados prestados e, por sua vez, ser ela própria, objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto, e no trabalho em equipa, em que todos centram numa mesma missão e objetivos”*. (p.74)

Para Neto (2010a) os Cuidados Paliativos correspondem a cuidados de saúde multiprofissionais, organizados que aliam o melhor das competências técnicas que o Humanismo e a Ciência têm para oferecer aos doentes que padecem de doença grave e/ou incurável, progressiva e avançadas. São cuidados ativos assentes em conhecimentos científicos rigorosos e humanizados. A ajuda dada por estes Cuidados, estende-se à família do doente, antes e depois da morte do seu ente querido, prolongando-se à fase de luto.

Neste estudo, verificamos uma maior preocupação com a humanização e sensibilização nas atitudes tomadas e cuidados prestados por parte dos profissionais, apesar de muito aquém das necessidades. Definem Cuidados Paliativos como cuidados sobretudo de conforto na dimensão física e emocional, incluindo o alívio sintomático e de sofrimento, prestados em fim de vida. Atribuem o conceito a cuidados estruturados e em equipa que promovem qualidade de vida e dignidade, proporcionando à pessoa bem-estar. Segundo os mesmos, são cuidados prestados à pessoa em fase aguda e que aceitam a inevitabilidade da morte. Verificou-se também, que na prestação destes cuidados, os Profissionais de Saúde apresentam uma atenção especial não só ao doente em si, mas também à sua família.

Cuidados Prestados ao Idoso em Fase Terminal

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Direção Geral de Saúde, 2004), define-se por palição o alívio do sofrimento do doente e entende-se por ação paliativa *“qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução”* (p.6)

Os Cuidados Paliativos têm como componentes essenciais o alívio de sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional do doente, o apoio à família e o apoio durante o luto, o que implica o envolvimento de uma equipa interdisciplinar de estruturas diferenciadas (DGS, 2004).

No seu quotidiano na ERI, os Profissionais de Saúde prestam sobretudo cuidados instrumentais aos idosos institucionalizados, nomeadamente cuidados promotores de conforto, promotores de alívio sintomático, promotores de afeto, administração e gestão de terapêutica, preventivos entre outros. São sobretudo cuidados generalistas, não fazendo qualquer diferenciação entre as pessoas, quer estas estejam em fase terminal ou não. No entanto, há Profissionais que fazem referência a medidas paliativas tomadas, a cuidados promotores de morte digna, ao acompanhamento multidimensional do idoso e família, o que demonstra alguma preocupação e especificação nos cuidados prestados ao idoso que se encontra frágil e vulnerável dada a situação em que se encontra.

Importa salientar que segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2004), as dimensões mais relevantes em CP envolvem: a doença, a sua evolução e tratamento, aspetos físicos, sociais e emocionais, dimensão espiritual, os cuidados à família/ cuidador, o luto, os cuidados dos últimos dias e os aspetos práticos.

Num estudo realizado por Delgado (2012), cujo objetivo principal era descrever os cuidados prestados nas últimas 72 horas de vida ao doente terminal internado num serviço de agudos, constatou-se que o reconhecimento da terminalidade é complicado e difícil, no entanto é crucial para uma prestação de cuidados adequados à situação. Foca-se a importância de que complementaridade das ações de caráter curativo com as medidas de conforto deve surgir o mais cedo possível. Verificou-se que as medidas de conforto, eram iniciadas num momento muito próximo da morte; que os analgésicos

eram os fármacos mais prescritos para o controlo dos sintomas, que no diz respeito às intervenções não farmacológicas, apenas os cuidados com a eliminação vesical, intestinal e cuidados a pele foram as ações realizadas ajustadas às necessidades dos doentes e que técnicas invasivas foram procedimentos realizados com frequência. Os resultados deste estudo enfatizam a dificuldade da equipa em reconhecer a fase terminal do doente e em evitar técnicas desnecessárias e desajustadas à situação.

Num artigo publicado sobre uma reflexão acerca dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e seus familiares que se encontram perante a morte, Alencar, Lacerda e Centa (2005), afirmam que os Enfermeiros e os restantes Profissionais de Saúde devem ter conhecimento e compreender as diferentes fases pelas quais os doentes em fase terminal e seus familiares passam para desenvolverem as suas ações de forma integral, humanizada e partilhada. Mantendo sempre o compromisso com a ética e o respeito com a individualidade humana.

Para Neto (2010a), os Cuidados Paliativos são cuidados extremamente necessários, que ajudam o doente a viver o mais ativo quanto possível até ao fim dos seus dias. Baseiam-se na relevância da dignidade da pessoa, ainda que vulnerável, frágil e limitada, aceitando a morte como uma fase natural da vida e que por isso deve ser vivida de forma intensa até ao fim.

Já vimos que a pessoa em fase terminal não sofre apenas de sintomas físicos. Há outras vertentes que têm que ser cuidadas também, nestes últimos dias. A intervenção dos Profissionais deve ser personalizada e ajustada a cada situação e deve centrar-se nos seguintes pilares: saber controlar os diversos sintomas apresentados pelo doente, com recurso a medidas farmacológicas ou não farmacológicas; saber comunicar de forma adequada com o doente e a sua família (recorrendo a estratégias para promover a sua dignidade); prestar apoio à família, antes e após a morte, identificando os seus problemas e necessidades e saber trabalhar em equipa interdisciplinar (Neto, 2010a).

Cuidados Prestados ao Idoso em Fase Terminal com a Intencionalidade de uma Morte Digna

As pessoas portadoras de doença grave, progressiva e incurável, quando se encontram em fase terminal, experienciam uma diversidade de problemas de carácter físico,

psicológico, emocional e espiritual. Nesta fase, “ (...) *todas as dimensões da pessoa estão afetadas pela irreversibilidade da doença e pela morte iminente, fazendo emergir a necessidade de desenvolvimento de uma lógica de cuidados, que vise preservar a dignidade da pessoa e garantir-lhe o máximo de bem-estar durante o tempo que lhe resta viver.*” (Pereira, 2010, p.12).

A dignidade da pessoa humana é percebida como o reconhecimento de um valor, assente na premissa de Kant de que a pessoa é um fim em si mesma (Pereira, 2010). É um direito básico e um dos pilares essenciais da sociedade e da vida (Julião & Barbosa, 2012). Baseia-se na própria natureza da pessoa humana, envolvendo manifestações de liberdade, racionalidade, de finalidade, em si. É o reconhecimento da dignidade como valor universal intrínseco a todos os seres humanos, confirmado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, que alicerça a atitude ética de cuidado e de respeito em relação ao outro e que defende o direito que a pessoa tem a receber cuidados de saúde e não ser sujeita e submetida a tratamentos considerados cruéis e desumanos (Pereira, 2010).

Um dos objetivos dos Cuidados Paliativos é viver e morrer com dignidade. O seu reconhecimento poderá resultar numa maior humanização dos cuidados e na melhoria da qualidade de vida e conforto da pessoa que enfrenta uma doença. Todavia, são vários os debates em torno do tema da dignidade nos cuidados de saúde, particularmente nos cuidados prestados aos doentes em fim de vida (Julião & Barbosa, 2012).

A integração de cuidados existenciais e espirituais, bem como de medidas mais avançadas que permitam o controlo sintomático são duas formas de garantir dignidade à pessoa em fim de vida e à sua família (Julião & Barbosa, 2012).

Relativamente ao tema “Cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna”, verificou-se um empate quanto ao número de respostas, entre as categorias adequados no proporcionar de uma morte digna e não adequados no proporcionar de uma morte digna, obtendo cinco (5) respostas cada uma delas, conforme Tabela 4, apresentada anteriormente. No grupo dos Profissionais entrevistados, apenas os Médicos se demonstram coerentes nas respostas dadas, mostrando-se de acordo com o facto de acharem os cuidados prestados adequados no proporcionar de uma morte digna. Já os Enfermeiros e os Cuidadores Formais, apresentam-se divididos nas suas opiniões.

Neto e Cabral (2007) afirmam que *“a ambição da dignidade da morte, como na vida, é comum a todas as pessoas. Querer morrer sem sofrimento, seja ele físico, psicológico ou espiritual, é um anseio comum a todos os seres humanos, mesmo que raramente pensem no fim dos seus dias”*. (p.1) A decisão de terminar com medidas/intervenções que se assumem como fúteis e desajustadas à situação (obstinação terapêutica) é promover uma vida e uma morte digna ao doente, conjuntamente com uma boa prática clínica. Assume-se como o aceitar dos limites que a vida apresenta, por mais difícil que seja para os familiares, amigos e até para os Profissionais de Saúde.

Desta forma definem Cuidados Paliativos como *“cuidados de saúde rigorosos, científicos e humanizados, que só podem ser prestados por profissionais devidamente treinados, inseridos numa equipa, e que têm no seu centro a Pessoa doente e a sua Família. São uma resposta que recusa a desumanização e o tecnicismo cego, que advém muitas vezes da incapacidade de aceitar limites ou da falta de formação qualificada para lidar com os que não curam.”* (Neto & Cabral, 2007,p.2)

Serrão (1998) afirma que dignidade humana é um conceito de difícil definição, que abrange toda a especificidade do ser humano enquanto pessoa racional e auto consciente, bem como membro da espécie humana. Para o mesmo autor, todas as pessoas são detentoras de igual dignidade, independentemente da sua condição.

Segundo De Raeve (1996, citado por Magalhães, 2009) a dignidade é um conceito utilizado com frequência para descrever uma forma idealizada de boa morte. A dignidade deverá ser ponderada em termos da sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas que se encontram em fim de vida, cujo sentido de dignidade inata ou integridade pessoal, física e espiritual esteja de alguma forma ameaçado. Assim, a conceção de morte digna ganha sentido com o abandono da ideia do conceito da boa morte estar relacionado com a forma de morrer e começa a ser vista como uma forma de cuidar os que se encontram em fim de vida. Desta forma, as pessoas em fase terminal merecem ser cuidadas com dignidade, com o intuito de preservar a dignidade que tinham antes de adoecer e ajudar a recuperar o sentido, que sentem ou pensam ter perdido, de dignidade.

Neste sentido, segundo Magalhães (2009) é essencial determinar o que é que envolve cuidar alguém com dignidade e quais as práticas que mantêm ou se relacionam com a dignidade.

Num estudo realizado por Walsh e Kowanko (2002, citado por Magalhães, 2009), sobre os aspetos centrais da dignidade e o tipo de práticas de enfermagem que a mantêm ou diminuem, verificaram que quer nos discursos dos doentes, quer no das enfermeiras participantes, o corpo e os tratamentos a que eram submetidos e a sua exposição, eram os temas principais, estando a manutenção da privacidade relacionada com a perceção do respeito, consideração e de ser-se pessoa. As ameaças à dignidade resultavam de atitudes negligentes para com os doentes e os seus corpos, como por exemplo, quando os enfermeiros se esqueciam da cordialidade vulgar do quotidiano (cumprimento ou saudação) junto dos seus doentes. Estas atitudes, ditas banais, assim como o ser deixado exposto à vista outros, a ausência do pedido de permissão pelos estudantes antes de assistirem aos procedimentos constrangedores e a indiferença pelos sentimentos do doente, foram definidas como práticas que colocam em causa a sua dignidade.

Também, Rogers *et al.* (2000, citado por Magalhães, 2009) num estudo que realizaram acerca da perspetiva dos cuidadores sobre os cuidados que o seu ente querido já falecido recebeu no hospital durante o último ano de vida, constataram que perda de dignidade, associada à necessidade de cuidados corporais era a principal causa de queixas e estava normalmente relacionada com a sobreposição das burocracias face às necessidades individuais do doente.

Walsh e Kowanko (2002, citado por Magalhães, 2009), afirmam que as influências estruturais (lógicas de gestão e administrativas) e ambientais (condições de trabalho) dificultam o trabalho dos enfermeiros no cuidar sempre os doentes como pessoas e como o sistema contribui negativamente para a preservação e manutenção da dignidade dos doentes e enfermeiros.

Verifica-se desta forma, que a preservação da dignidade não está dependente apenas da interação social entre Profissionais de Saúde, doentes e cuidadores, depende também das instituições, da cultura de gestão e políticas sociais que possibilitam que os Profissionais de Saúde valorizem o seu trabalho e desenvolvam formas de cuidar que protejam e melhorem a dignidade dos doentes (Seymour, 2004, citado por Magalhães, 2009).

Neto (2010a) refere que uma das formas de concretizar e promover a dignidade do doente é envolver este nas decisões a tomar. Respeitando desta forma as suas crenças,

valorizando a sua coragem face as perdas experimentadas e reforça-se assim os papéis que pode continuar a desempenhar, apesar de doente e vulnerável.

Participação do Idoso nos Cuidados

Na sua prática diária, os Profissionais de Saúde traçam planos de cuidados para uma melhor organização das suas atitudes terapêuticas. Com vista a evolução, melhoria e continuidade do plano estabelecido este deve ser elaborado e discutido entre a equipa multidisciplinar, onde a pessoa (idoso) e família devem estar incluídos. Pelo que podemos verificar nos dados obtidos, nem sempre o idoso em fase terminal (sujeito do estudo) participa nos cuidados para ele estabelecidos. Na análise de conteúdo realizada, conforme anteriormente apresentado, obtivemos três (3) categorias: participa nos cuidados, pouca participação nos cuidados e não participa nos cuidados, observando-se uma divisão de opiniões dos Profissionais de Saúde. De acordo com os achados obtidos, verificamos que o idoso em fase terminal apenas participa nos cuidados se apresentar capacidades intelectuais para o fazer, isto é, se se encontrar consciente, orientado, capaz de decidir o que quer para si. Muitas das vezes, até pode ter capacidades para o fazer, mas não é tido em conta, apenas se faz o que se tem a fazer e não se valoriza a pessoa que é o centro das atitudes tomadas, tal como podemos verificar na seguinte expressão: *“Tento interagir com eles sempre que possível, mas na maioria dos casos faço o que tenho a fazer simplesmente.” (CF1).*

Oliveira, Sá e Silva (2007), num estudo realizado com o objetivo de analisar o conceito da autonomia dos doentes com doença incurável na perspetiva dos enfermeiros, verificaram que os Enfermeiros definem e reconhecem a autonomia dos doentes e tentam respeitá-la, mas também assumem que se angustiam perante determinadas situações em que reconhecem incoerências no seu discurso e práticas diárias. Entendeu-se que a autonomia dos doentes é reconhecida como sendo um direito dos mesmos, no entanto a sua cedência carece de uma avaliação da capacidade mental da pessoa (com doença incurável), assim como do conteúdo da informação que o doente tem sobre a sua situação. Apesar de ser reconhecida pelos Enfermeiros, a autonomia do doente coloca desafios à sua prática diária, visto que são confrontados com a sua própria terminalidade, com os seus valores e preconceitos. Apurou-se que alguns Profissionais evidenciam falta de formação na área dos Cuidados Paliativos, ao julgarem e

negligenciarem as manifestações de autonomia do doente. Todavia, valorizam e afirmam a importância dos Cuidados Paliativos e da sua implementação, reconhecendo os seus benefícios para a qualidade dos cuidados prestados ao doente em fase terminal.

Num estudo realizado por Orià, Moraes e Victor (2004), conclui-se que o doente hospitalizado deve ser visto como um ser complexo, que tem necessidades de vertentes bio-psico-socio-espirituais e emocionais, que se encontra frágil e vulnerável pela doença. No entanto, essa pessoa mantém a sua individualidade, e na maior parte das vezes é capaz de decidir e de dar opinião sobre o cuidado a ser prestado. Os Enfermeiros devem estar sensibilizados para entender essa individualidade e as necessidades de cada um.

Cunha (2004), num estudo realizado com o objetivo de conhecer a perspetiva das pessoas sobre a autonomia e a tomada de decisão no fim de vida, constatou que o respeito pelo princípio da autonomia do doente abrange o reconhecimento do direito de uma pessoa (doente) autónoma a dar opiniões e a escolher ações assentes nas suas convicções, sempre que necessita de cuidados de saúde, após um processo de informação e posterior reflexão. Com o exercício deste princípio possibilita-se a cada pessoa (doente), escolher, em consciência, sobre os cuidados de saúde que pretende no fim de vida. Desta forma, a pessoa escolhe o que acha melhor para si, não se limitando a aceitar passivamente o que é proposto pelos Profissionais de Saúde. Verificou-se que os participantes que escolheram mais decisões autónomas no final de vida foram aqueles que escolheram um nível inferior de cuidados de suporte de vida, visto que não pretendem o prolongamento artificial da sua vida, com recurso a técnicas de suporte de vida.

Han (2007), afirma que *“autonomia significa que cada pessoa tem a liberdade de tomar decisões que estejam de acordo com os seus objetivos pessoais. É a condição em que cada um de nós é livre em escolher e de por em prática as suas decisões, apoiado por vínculos, restrições ou coacção.”* (p.2)

Assim, para o exercício deste princípio, o doente tem o direito de receber informação sobre o seu diagnóstico, prognóstico, possibilidade de tratamento, riscos e benefícios. Neste sentido, torna-se oportuno avaliar a capacidade mental do doente de entender e refletir sobre as informações. Os Profissionais de Saúde devem avaliar se o doente apresenta ou não essa capacidade de tomar decisões sobre os tratamentos ou cuidados a

ser submetido. Para tal, é preciso questionar se a pessoa pode entender e comunicar as informações, se é capaz de decidir sobre a questão e sobre as razões da decisão e se a pessoa pode identificar os objetivos e valores pessoais (Han, 2007). Ou seja, para que haja validação do consentimento prestado pelo doente que se encontra frágil e vulnerável face a situação em que se encontra, é necessário que este seja competente. Isto é, a pessoa dá um consentimento informado se for competente para agir, para receber a informação completa e compreender a mesma, se decidir de forma voluntária e posteriormente, consentir a intervenção (Antunes, 1998).

Neto (2010a), salienta a importância da relação médico-doente (neste caso, podemos afirmar Profissionais de Saúde - pessoa idosa em fase terminal) afirmando que esta deve funcionar como aliança terapêutica, durante a qual é discutida a situação do doente, as diversas opções terapêuticas e as consequências a favor e contra a sua realização. Só desta forma é que o doente pode tomar decisões informadas, tendo direito de recusar terapêuticas.

Desta forma, ao promover a capacidade de pensar, decidir e agir do doente, respeita-se a dignidade da pessoa humana (Antunes, 1998).

Importa salientar que o processo de comunicação estabelecido nesta relação entre Profissionais de Saúde – doente terminal – família é muito importante. A comunicação é uma das ferramentas essenciais dos Cuidados Paliativos, principalmente útil na transmissão devida da informação importante ao doente e também para o poder acompanhar quando recebe e faz o processamento dessa mesma informação. No entanto, há situações em que o doente refere não querer ser informado, sendo respeitado o seu direito (Neto, 2010a).

Envolvimento da Família do Idoso em Fase Terminal nos Cuidados

Tal como já verificamos anteriormente, a família pode ser um fator e um elemento fundamental na equipa de cuidados, desde que colaborante e cumpridora das medidas e decisões tomadas perante o idoso em fase terminal. Relativamente a este tema, emergiram cinco (5) categorias: envolvimento efetivo, pouca participação, envolvimento de acordo o interesse, sem envolvimento e envolvimento parcial. Verificou-se também, uma divisão nas opiniões dos Profissionais de Saúde. Uma

família cujo envolvimento é efetivo, demonstra interesse e é envolvida nos cuidados e tratamentos a prestar, bem como se torna útil a sua participação para gerir as expectativas, como se pode apurar nas seguintes afirmações: “(...) *Sempre que possível envolvemos a família nos cuidados e tratamentos a prestar(...).*” (M1); “*Sim, para gestão de expectativas e defesa dos profissionais de saúde.*” (M2). No entanto, a este nível ainda se observa uma barreira no que à intervenção/participação da família diz respeito, no sentido em que são poucas as situações em que esta é conhecedora ou participativa na situação, ou que não passe de visita comum, sem nenhuma intervenção direta nos cuidados. Tal acontece, ou por desinteresse da família em questão ou então pela pouca receptividade/sensibilidade por parte dos Profissionais de Saúde, que deduzem que os seus conhecimentos profissionais ou os anos de prática lhes garante uma perceção mais precisa dos problemas e necessidades (Sousa *et al.*, 2006). Neste sentido importa salientar que a família pode deparar-se com dúvidas e dificuldades sobre a sua participação nos cuidados a prestar ao seu familiar e para colmatar essa necessidade os Profissionais da Equipa de Saúde, em particular os Enfermeiros, devem desenvolver uma ação direcionada para o esclarecimento das eventuais questões que surjam dos familiares, concedendo a informação necessária e proporcionando o apoio e ajuda que precisem (Pereira, 2010).

Apurou-se também, que o envolvimento da família nos cuidados varia consoante o interesse da mesma, ora mais presente ou mais ausente, existe as que valorizam e as que não valorizam os cuidados prestados, criticando-os. No entanto, nota-se uma crescente abertura e disponibilidade dos PS para a presença dos familiares nos cuidados.

Salienta-se ainda a opinião de que a família para além de demonstrar desinteresse da pessoa institucionalizada pode ser ainda promotora de abandono, tal como se pode verificar na seguinte expressão: “*Mas também sei que infelizmente são depositados nestas instituições e nem querem saber.*” (CF1) ”, no sentido em que a partir do momento em que o idoso é institucionalizado a família liberta-se de responsabilidades. Tal facto é confirmado por Sousa *et al.*, 2006: “*Ainda outra ocorrência é aquela em que a família, após ter internado o idoso no lar, se desliga completamente, não comparecendo quando é solicitada, nem para as visitas, nem em dias de festa...Este contexto é de elevada tensão para o idoso, que se sente rejeitado, e para a instituição, que tem de tomar decisões da responsabilidade da família.*” (p.116)

Segundo o Plano Nacional de Cuidados Paliativos, a família deve ser integrada nos cuidados prestados aos doentes e também ser alvo de cuidados, quer durante a doença quer durante o luto. Todavia, os familiares precisam de receber apoio, informação e ensinamentos para compreender, aceitar e colaborar na adaptação que a doença e doente determinam (DGS, 2004).

Quando um elemento da família se encontra no fim dos seus dias, os outros elementos precisam de informações, de forma a poderem tomar decisões e delinear as suas vidas futuras. A Equipa de Saúde deve clarificar os familiares através de um diálogo contínuo e de uma conduta profissional ajustada, possibilitando a expressão de medos, expectativas ou dúvidas por parte da família, usufruindo da situação para a envolver no tratamento e nos cuidados e implicá-la nas decisões a tomar (Sapeta, 1997).

De acordo com Wright e Leahey (1994, citado por Moreira, 2006), o envolvimento da família na prestação de cuidados foi desde sempre um ato de vida. A enfermagem emergiu no domicílio dos doentes, pelo que era algo natural o envolvimento da família e o proporcionar um tipo de cuidados concentrados nesta. Após a Segunda Guerra Mundial, com a passagem dos cuidados do domicílio para as Instituições, as famílias passaram a ser excluídas não só da participação dos cuidados com também de acontecimentos importantes como o nascimento e a morte.

McDaniel *et al.* (2000, citado por Moreira, 2006) refere que a opinião da família é cada vez mais tida em consideração, sendo requerida para colaborar no planeamento dos cuidados do seu familiar doente. Desta forma, é envolvida e apoiada no processo.

De acordo com Pereira (2010), a família pode contrair um duplo papel. Por um lado, dada a relação intensa existente no seio familiar, é essencial para o doente e para a própria família, que esta se sinta envolvida e implicada nos cuidados, participando de forma direta e ativa na prestação dos mesmos e na assistência e acompanhamento da pessoa com doença terminal, sendo considerada como família cuidadora. Desempenhando assim, um papel ativo na prestação de cuidados. Este papel de cuidadores informais (família) assenta numa interação estabelecida entre PS – pessoa idosa em fase terminal – membros da família. Por outro lado, a família experiencia ela própria um processo de perda antecipada e se intenso sofrimento, com complicações diretas na sua organização, estrutura e funcionamento. Caracterizando-se como sofredora.

Segundo a mesma autora, no contexto dos Cuidados Paliativos, a participação e o envolvimento dos familiares na prestação de cuidados são fundamentais para o conforto e bem-estar da pessoa, assim como a promoção da sua dignidade (Pereira,2010).

Papel da Família do Idoso em Fase Terminal numa ERI

Quando confrontada com uma doença grave e terminal do seu ente querido, a família vive um momento de mudança e toda a sua estruturação e organização é afetada. Cada elemento de forma individual e a família no global terão que adotar papéis para os quais nem sempre se encontram preparados. As mudanças que ocorrem na família e a necessidade de corresponder às solicitações que lhe são feitas, geram nesta carências que irão mudar durante este percurso, desde o diagnóstico da doença até depois da morte (Moreira, 2006).

Friedemann (1993, citado por Moreira, 2006) refere que a prestação de cuidados da família deve assentar em três níveis de sistemas: ao nível individual da família, em que esta é considerada como contexto dos cuidados prestados à pessoa; ao nível interpessoal, quando se dirige aos processos familiares de tomada de decisão e definição de papéis familiares e ao nível do sistema familiar em que todo o sistema se torna objeto de cuidados.

Relativamente ao papel da família do idoso em fase terminal, a opinião da maioria dos Profissionais de Saúde é idêntica apesar da diversidade de respostas, no sentido de considerar benéfico o papel da família do idoso em fase terminal. É considerada importante dado que é o elemento da equipa multidisciplinar que melhor conhece o idoso (isto é, quando presente e interessada) e que pode mais facilmente alertar para possíveis alterações para as quais os Profissionais podem não estar tão despertos. Como Sousa *et al.* (2006) afirma “*Os familiares têm uma relação individual com o seu ente querido de uma vida, reconhecem as suas expressões, identificam os seus humores, preveem as suas reações...*” (p.88). Pereira (2010) corrobora com esta ideia ao afirmar que “*(...) os familiares possuem um conhecimento mais profundo sobre os gostos, hábitos e desejos da pessoa do que os profissionais de saúde, o que constitui um contributo importante para o cuidar do doente*” (p.65) A sua presença promove um ambiente mais familiar, o que no caso de haver relação harmoniosa entre a família e o

idoso é saudável para este, promovendo assim a socialização. A promoção de um ambiente seguro, o assegurar de um ambiente confortável e a promoção da participação e envolvimento familiar, são algumas das funções da família, referidas por Sequeira (2010). Também é caracterizada por um papel promotor de comunicação na medida em que há transmissão de informação e partilha de ideias com a equipa de saúde, função fundamental para o objetivo comum “o bem-estar físico e emocional do idoso” (Sousa *et al.*, 2006). Sequeira (2010) define o papel do cuidador informal (neste caso, a família) como complexo e destaca como uma das suas funções a promoção da comunicação e da socialização, corroborando assim com a opinião dos Profissionais de Saúde participantes neste estudo.

Define-se, também, por um papel protetor de bem-estar emocional, quando há dádiva de carinho e preocupação.

Todavia, apesar de ser reconhecida a importância do papel desempenhado pela família, esta “(...) *continua a ser um parceiro insuficientemente tido em conta na cadeia dos cuidados de saúde.*” (Moreira, 2006, p.48).

Dificuldades Sentidas pelos Profissionais de Saúde ao Prestar Cuidados ao Idoso em Fase Terminal

Cuidar e conviver com uma pessoa com doença grave e em sofrimento acarreta diversas consequências, para além da carga emocional e dificuldades no saber cuidar (Meireles, 2008). De acordo com a mesma autora, os Profissionais de Saúde também sofrem impacto aquando do acompanhamento de pessoas em palição, evidenciando a dificuldade destes em lidar com a depressão e ansiedade dos doentes e das suas famílias. Apesar da experiência técnica e teórica que possam possuir, por também serem seres humanos com a sua vulnerabilidade e fragilidade e por serem confrontados com situações de cuidado difícil sofrem, frequentemente, grande desgaste físico e psicossocial (Meireles, 2008), pelo que a gestão de emoções se torna por vezes difícil.

Na análise de conteúdo realizada, são diversas as dificuldades apontadas pelos PS. O rácio insuficiente de cuidadores, a disponibilidade dos cuidadores insuficiente, o definir os limites da intervenção clínica, o deparar-se com prescrições terapêuticas desajustadas à situação clínica, a formação inexistente em Cuidados Paliativos, o adequar o padrão

alimentar, o déficit de recursos humanos, o lidar com o processo de morrer, o aceitar o fim da vida, o estar disponível, a falta de material logístico, o elaborar um plano ajustado às necessidades efetivas do idoso, o validar as queixas dos idosos, o acompanhamento do idoso insuficiente, a indisponibilidade de tempo, o gerir as emoções e o compreender os sentimentos do idoso foram as dificuldades referidas pelos Profissionais de Saúde, neste estudo. Salienta-se, ainda, que o déficit de recursos humanos, a formação inexistente em CP e a indisponibilidade de tempo são as principais causas dos cuidados serem insuficientes e não apresentarem a qualidade devida.

Uma das principais das principais preocupações dos Médicos é saber definir os limites da sua atuação, saber até onde ou até quando devem intervir. Pelo que algumas vezes os Enfermeiros deparam-se com prescrições médicas desajustadas à situação clínica, isto é, não se encontra de acordo com a situação do idoso, tal como afirma o E1: “ (...) *alguns obstáculos como a medicação que muitas das vezes é prescrita não tendo em conta a fase em que se encontra o idoso (...)*”, “ (...) *na proposta de cuidados médicos invasivos em que é muito difícil ultrapassar essas dificuldades não podendo recusar mas tentando dar a volta e prestando o melhor cuidado possível.*”. Tal facto, segundo o PNCP, prende-se com a futilidade diagnóstica caracterizada pela efetivação de procedimentos/medidas terapêuticas desajustadas e desnecessárias relativamente à situação de terminalidade presente, que podem causar sofrimento intenso quer ao doente quer à sua família (DGS, 2004).

No decorrer dos tempos, fomos assistindo a diversas alterações na medicina, nomeadamente no avanço tecnológico que conduziu a melhorias significativas na área da saúde, no entanto, em contrapartida também assistimos aos dilemas éticos que estas mudanças acarretam, principalmente no que respeita a casos de Cuidados Paliativos (Machado, Pessini & Hossne, 2007). De acordo com os mesmos autores, existe também uma falha na formação dos Profissionais de Saúde, nomeadamente a processos de fim da vida e Cuidados Paliativos (Machado, Pessini & Hossne, 2007). Antigamente, os cursos eram inclinados para as competências técnicas e científicas, assentavam sobretudo na doença e na cura. Com o caminhar dos tempos, assistimos a uma mudança de valores, há uma maior preocupação com a competência humana e ética, valorizando o ser humano como um todo. E neste estudo, a formação inexistente em CP, lidar com o processo de morrer e o aceitar o fim de vida foram apontadas como dificuldades dos PS.

Muitos Profissionais de Saúde, assumem a doença incurável e a morte como casos e situações de insucesso, afirmando-as como derrotas pessoais. Estes casos, com que são confrontados constantemente no seu quotidiano profissional, conduzem os PS à dificuldade em lidar com estas situações de terminalidade. Desta forma, é fundamental lembrar que a morte, apesar de todos os esforços da Medicina, continua a ser inevitável. Torna-se então necessário, que os Profissionais de Saúde estejam preparados para prestar cuidados clínicos de carater curativo, assim como de carater paliativo (Neto, 2010a).

Adequar o padrão alimentar foi também uma dificuldade referida por um PS, dado que na estrutura residencial para idosos é complicado a definição de um plano ou dieta alimentar especializada/personalizada e o facto de o controlo da hidratação ser difícil, na medida em que o rácio de cuidadores é insuficiente para ter um melhor controlo sobre a situação, conforme afirma o E2: “(...) *o facto de termos alimentações mal estruturadas para estas pessoas, o controlo da hidratação(...)*”. Existe uma lacuna a este nível. O Profissional responsável pela definição das dietas (Nutricionista) pertence à empresa que gere a cantina da Instituição e a sua comunicação com o SAD é quase nula, pelo que há dificuldade em definir dietas ou planos alimentares adequados. A Equipa de Enfermagem em conjunto com a Equipa de auxiliares, mais precisamente com a responsável destes últimos tentam minimizar os obstáculos a este nível colmatando as necessidades com o melhor que podem: alterando a dieta por exemplo.

Com a falta de conhecimentos existente aliada ao rácio de cuidadores insuficiente e indisponibilidade de tempo dos mesmos, o acompanhamento do idoso é então insuficiente e torna-se assim difícil elaborar um plano ajustado às necessidades efetivas do mesmo. De acordo com Pereira (2010), os Profissionais de Saúde que compõem uma equipa de CP ou que prestam cuidados a esse nível, essencialmente aqueles que se encontram mais próximo dos doentes, deverão desenvolver uma relação assente na disponibilidade, apoio e acompanhamento para que a pessoa doente (neste caso, idoso em fase terminal), se sinta reconhecida e restituída dos seus valores e dignidade.

Nas ERI deverá existir uma equipa multidisciplinar de elevado nível de formação e preparação, nesta equipa incluir-se-á o enfermeiro, o profissional com responsabilidades e competências para promoção da autonomia, vigilância de saúde, reabilitação,

prevenção de complicações, garantia de qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A morte nas Instituições com a sua massificação e até alguma desumanização, pode levar a que esta aconteça de forma despercebida e se transforme em algo solitário e silencioso. Apesar do controlo de sintomas, que o conhecimento técnico e científico permite, o doente precisa da restituição da sua identidade como pessoa. Isto é, da manutenção da sua dignidade (Barbosa, 2003).

De acordo com o mesmo autor, *“A verbalização das preocupações múltiplas é um dos maiores problemas dos doentes: os que os rodeiam não os escutam nem compartilham com eles as suas preocupações.”* (Barbosa, 2003, p.44). O mesmo se constata neste estudo, com a dificuldade em validar as queixas dos idosos e a dificuldade em compreender os sentimentos do mesmo. Tal facto prende-se com o fator tempo e formação. Os profissionais estando de “tempo contado” não têm tempo para se sentar e ouvir o idoso, para estarem realmente presentes e disponíveis. Todavia, esta situação pode ser consequência do distanciamento por parte dos Profissionais – reação dos Profissionais quando assumem a doença terminal como uma derrota e experiência sem sentido e encaram o doente em fase terminal como pessoa em que “já não há nada a fazer” (Neto, 2004). Na maioria das vezes, a pessoa em fase terminal carece apenas da presença de alguém junto dela, em silêncio, tocando-a para se sentir acompanhada. Em Cuidados Paliativos, a comunicação efetivada pela presença, pelo silêncio, apresenta um significado especial, visto que pode assumir um sinal de um acompanhamento verdadeiro, completo de respeito para com a pessoa em fim de vida (Pereira, 2010).

Pereira (2010) refere que em CP é essencial a competência dos Profissionais de Saúde para o estabelecimento de uma comunicação adequada e eficaz e uma verdadeira relação de ajuda assente no respeito, empatia, diálogo, escuta ativa, atenção, autenticidade e congruência. Desta forma, estão capazes de respeitar o ritmo da pessoa doente e apreender se a mesma pretende efetivamente tomar conhecimento da verdade. Assim, podem agir com coerência, desenvolvendo condições indispensáveis para a expressão de sentimentos e verbalização de dúvidas, de forma flexível e gradual.

Assumindo o serviço de apoio a dependentes (local onde foi efetivado o presente estudo) como um local idêntico a um serviço de internamento, verificamos que são locais onde se prestam cuidados gerais. Neste contexto, não dirigem especificamente a

doentes terminais, embora possam cuidar deles, através de medidas paliativas, sem recorrer a equipas ou estruturas especializadas em CP. Desta forma, não se prestam efetivamente cuidados paliativos, mas assiste-se ao acompanhamento da pessoa em fase terminal com orientação dos princípios básicos deste tipo de cuidados. *“As suas limitações no que concerne à ausência de recursos humanos e materiais especificamente vocacionados para a prestação de cuidados paliativos, bem como o facto de estes profissionais não terem formação especializada em cuidados paliativos, fazem com que se veja como mais vantajoso que o apoio à pessoa em fase terminal, e aos seus familiares, seja proporcionado através de modalidades mais diferenciadas.”* (Pereira, 2010, pp. 88-89).

Necessidades Sentidas pelos Profissionais de Saúde ao Prestar Cuidados ao Idoso em Fase Terminal

Segundo Twycross (2001), os Profissionais de Saúde que prestam Cuidados Paliativos estão sujeitos a diversos fatores de *stress*, tais como: comunicação de más notícias, adaptação à inexistência de cura médica, exposição repetida à morte de pessoas com as quais estabeleceram uma relação, envolvimento em conflitos emocionais, absorção da cólera e da mágoa expressa pelo paciente e pelos familiares, manter um papel obscuro na equipa de cuidados, idealismo pessoal e desafios ao sistema de crenças pessoal.

Pelo que o quotidiano destes profissionais, que se encontram frequentemente em contacto com situações de terminalidade não é fácil. Há necessidades que necessitam de ser expressas e supridas. A formação em Cuidados Paliativos, a existência de prescrições adequadas à situação clínica e a existência de comunicação entre os pares foram as principais necessidades identificadas pelos profissionais. Tendo em conta o que já foi relatado anteriormente conjuntamente com a contextualização teórica, verifica-se que estes três itens são essenciais para a prática de cuidados de excelência de CP.

Para Barbosa (2003), *“O ser humano é um ser tríplice: ser corporal, anímico e espiritual. Cada dimensão gera necessidades distintas que devem ser identificadas, valorizadas e tratadas de forma específica.”* (p.44) De acordo com o mesmo autor, na mesma situação clínica, o comportamento das pessoas pode variar. A atitude e o

comportamento das pessoas com doença não é constante, vai sofrendo alterações ao longo de todo o processo de doença. A percepção dos sintomas e da dor e o conhecimento do que vai suceder pode melhorar o grau de aceitação (Barbosa, 2003). Daí as dificuldades identificadas pelos Profissionais de Saúde em serem capazes de proporcionar bem-estar ao idoso, serem capazes de aliviar o sofrimento ao idoso, serem capazes de promover autonomia ao idoso e serem capazes de gerir expectativas da família.

O saber estabelecer comunicação com a família e o saber prestar Cuidados Paliativos também foram necessidades expressas pelos Profissionais de Saúde. Neste sentido verificamos que existe uma lacuna na prestação de CP nesta instituição e que ao mesmo tempo os PS sentem-se desprovidos quer de conhecimentos teóricos quer de conhecimentos práticos, chegando mesmo a referir a falta de existência de protocolos – que seria uma ajuda ou até uma base para a prática destes cuidados tão necessários.

Segundo Neto (2010a), a prestação de Cuidados Paliativos exige uma preparação técnico-científica rigorosa em diferentes valências. Não se regem apenas por amor e carinho. Baseiam-se essencialmente em Dignidade, Conforto e Qualidade de Vida.

Dilemas Éticos que Emergem aos Profissionais de Saúde no Cuidar do Idoso em Fase Terminal

Desde Hipócrates, que o respeito pelo bem-estar do doente foi um valor central na prática clínica. Esta prática tem-se, tradicionalmente, fundamentado no princípio da beneficência, no sentido de assegurar o melhor para o doente, sem lhe provocar danos. Com base neste pressuposto e perante doentes com doença incurável, progressiva e avançada que se encontram nos fins dos seus dias, certas atitudes podem revelar-se como mais negativas do que vantajosas. Podem mesmo ser encaradas como desajustadas, por prolongarem a fase final da vida, sem garantirem o alívio do sofrimento (Neto, 2010b).

O acompanhamento da pessoa com doença incurável e em fase avançada e/ou em fim de vida, pode conduzir a variados dilemas éticos. Estes podem surgir quando a preferência por determinada opção, é complexa, difícil e constitui em conflito entre dois ou mais princípios éticos (Pereira, 2010).

Para Twycross (2001), o cuidar de moribundos é um processo carregado de paradoxos. Conforme o mesmo autor, os CP desenvolveram-se como resposta à atitude expressa ou oculta do nada mais há a fazer, com a inevitável consequência para a pessoa em fase terminal e sua família, de um sentimento de desespero e abandono. Segundo Cristakis (1999, citado por Barbosa, 2003), a educação dos Profissionais de Saúde, repleta pelos avanços da biomedicina, tem assistido nos últimos tempos, ao fugir dos seus estudos clássicos de aspetos relacionados com o prognóstico e com a morte face ao imperialismo crescente do diagnóstico e do tratamento.

Assiste-se a uma clara discrepância entre os conhecimentos técnicos adquiridos e a preparação para os aspetos humanos da profissão. A preparação para aceitar a inevitabilidade da morte é um trabalho árduo e difícil. Dada a certeza científica da inevitabilidade da morte, é desnecessária a prática de terapêuticas inúteis (obstinação terapêutica), que só promovem desconforto do doente (sondas nasogástricas, soroterapia, oxigenoterapia, medição da tensão arterial várias vezes ao dia, entre outros procedimentos e intervenções) e que apenas podem prolongar a vida por algumas horas ou dias, num período que seja breve e o mais confortável possível (Barbosa, 2003).

O recurso a estas práticas ditas agressivas e desajustadas que agravam e prolongam o sofrimento ao doente, diz-se má prática clínica, frequentemente designado por obstinação terapêutica (Neto, 2010a).

Daí a dificuldade e dilema dos profissionais em saber até quando devem investir em medidas curativas ou em medidas terapêuticas invasivas e em saber até quando devem prolongar a vida (diretamente relacionado com o investimento nas terapêuticas curativas). A inexistência de protocolos e a falta de conhecimentos ou até mesmo a dificuldade em assumir uma atitude/situação de cuidados paliativos conduz os PS a tomarem atitudes em que podem proporcionar efeitos indesejados. Neste sentido, nesta área específica de Cuidados deve-se fazer tudo o que seja proporcionado e não fútil por um doente em fase terminal, isto é, deve-se aliviar o sofrimento e não o agravar, aceitando a inevitabilidade da morte (Neto, 2010a).

Para Bruera (1998) (citado por Neto, 2010b) a tomada de decisão para a utilização de medidas paliativas, passa pelas seguintes etapas: o estudo e definição o mais corretamente possível da natureza do quadro clínico e dos sintomas e problemas que o compõem; o enquadramento dos problemas e sintomas no contexto do doente; a

ponderação dos custos de determinada intervenção/ação, refletindo sobre os riscos e benefícios para o doente e a discussão das diferentes opções com o doente e a família, facilitando e promovendo uma decisão informada.

A promoção do bem-estar e conforto ao idoso, quer a nível físico e psíquico, quer ao nível afetivo ao idoso em fim de vida, é uma das funções dos Cuidados Paliativos (Serrão, 1995) com o objetivo de promover uma morte digna (La Feria, 2005, citado por Tavares, Pires & Simões, 2011).

Tal como já referido anteriormente, o idoso em fase terminal, torna-se mais frágil e vulnerável pelo que é necessário o “ (...) *desenvolvimento de uma consciência ética que permita um processo de tomada de decisão certo*”. (Han, 2007, p.1) Para tal efeito, torna-se crucial avaliar a capacidade e autonomia do idoso na tomada de decisão. Segundo a mesma autora, a autonomia no fim da vida, conduz a dilemas éticos aos PS a diferentes níveis, que compreendem a veracidade, o consentimento informado, a tomada de decisão, entre outros (Han, 2007). Com base neste princípio, o doente (pessoa idosa em fase terminal), pode recusar determinados tratamentos ou decidir continuar com outros que sejam assumidos como inúteis ou desajustados – estando ou não de acordo com o seu médico (ou qualquer outro Profissional de Saúde). O princípio da autonomia está assente no consentimento informado que é mais que uma simples obtenção de autorização. Este deve ser visto como um diálogo e partilha de conhecimentos e poder entre doente (pessoa idosa em fase terminal) e médico (ou outro PS) (Neto, 2010b). No entanto, a pessoa idosa em fase terminal nem sempre está capaz de assumir tal responsabilidade e decisão. Pelo que cabe ao Profissional de Saúde “*usar de partícula solicitude e cuidado para com o menor, o idoso ou o deficiente, especialmente verificar que os seu familiares ou outros responsáveis não são suficientemente capazes ou cuidadosos para tratar da sua saúde ou assegurar o seu bem-estar*” (Ordem dos Médicos, 2000). “*Aos enfermeiros pedem-se-lhes que realizem escolhas em áreas de responsabilidade partilhada*” (Han, 2007, p.1) e algumas escolhas acarretam confusão moral aos mesmos profissionais, principalmente quando os médicos prescrevem certas intervenções e os enfermeiros têm que as realizar sem que a sua opinião seja discutida (Han, 2007) tal facto foi exposto por um Profissionais de Saúde entrevistado (aceitar decisões terapêuticas desajustadas à situação clínica). De acordo com Han (2007), em qualquer processo de tomada de decisão, mais ou menos consensual, há perguntas que devem orientar a atuação de qualquer profissional de enfermagem, tais como: “*Estamos*

a fazer o bem a esta pessoa e à sua família? Isto é o que deseja esta pessoa?” (p.1). Deste modo a tomada de decisão pelo outro será menos complicada e irá de encontro à premissa do respeito pelo outro, desmitificando a situação e ajudará a dar uma melhor resposta às necessidades efetivas do idoso.

Estratégias Mobilizadas pelos Profissionais de Saúde na Superação dos Dilemas Éticos

A fase final de vida tem sido considerada pelos Profissionais de Saúde como perturbadora e com a qual é difícil de lidar. É demandado aos mesmos, a prestação de cuidados específicos a doentes em grande sofrimento em fase avançada de doença incurável. A complexidade e combinação de fatores físicos, psíquicos e existenciais nesta fase de vida obrigam à existência e respeito pelos princípios éticos na sua abordagem e no processo de tomada de decisão, entre as diferentes opções, no âmbito dos Cuidados Paliativos. Dada a complexidade e pluralidade de situações vivenciadas na prática de CP e após conhecimento e análise dos princípios éticos existentes, compreende-se que são algumas as questões sem resposta que se convertem em dilemas éticos. Na área da Saúde, particularmente em casos de terminalidade da vida, os princípios éticos, têm muitas vezes uma relação de tensão, colidindo por vezes uns com os outros (Piedade, 2007).

Na fase terminal, por vezes não é perceptível o estado do doente, isto é, se está a morrer ou se ainda há salvação possível. A questão da continuidade dos tratamentos é posta em causa, face à preocupação da dádiva de conforto. É uma questão que gera muitos conflitos entre a equipa de saúde, que presta cuidados ao doente em fim de vida, particularmente entre os médicos e os enfermeiros. Tal facto, deve-se principalmente às diferentes funções e ao entendimento que cada um tem do seu papel relativamente ao doente em fase terminal. Para o Médico, muitas vezes é complicado decidir em que momento deve mudar as atitudes terapêuticas para as paliativas, estando sujeito a ser acusado de negligência. O mesmo acontece com os Enfermeiros, que ao presenciar o sofrimento do doente e dos seus familiares pensam constantemente em prestar cuidados de conforto. Desta forma surge o dilema da necessidade de administrar terapêutica de alívio da dor ou de aguardar mais algum tempo (Thompson *et al.*, 2002, citado por Piedade, 2007).

Assim, torna-se crucial a reavaliação dos objetivos terapêuticos e redefinição do plano de cuidados. Estas decisões devem ser consideradas e tomadas em equipa, diminuindo assim as dúvidas ou eventuais tensões (Neto, 1999, citado por Piedade, 2007). Pereira (2010) refere que os dilemas éticos “ (...) *exigem uma resposta adequada, mediante um processo de tomada de decisão que se paute por uma reflexão conjunta, na qual doente e família deverão tomar parte, e para a qual pode ser vantajoso mobilizar princípios e valores éticos.*” (p.140) Pelo que é imprescindível para a superação dos dilemas: reuniões multidisciplinares (para procurar consenso nas opiniões existentes, estabelecer normas e partilhar informação), adoção de atitudes terapêuticas adequadas à situação clínica, elaborar registos de enfermagem ajustados (de forma a dar continuidade e uniformidade aos cuidados prestados), acreditar no seu modelo de cuidados (dar o melhor que se sabe e que se pode dar), favorecer a vontade do idoso (praticar o Princípio da autonomia, sempre que o idoso é capaz), recorrer à Equipa de Saúde e à Equipa de Enfermagem (procurar ajuda nos colegas de trabalho, no sentido da promoção de melhores cuidados) e promover a formação (os profissionais de saúde devem estar disponíveis para ajudar e ensinar o outro, quer seja o colega de equipa, os familiares ou até o próprio idoso).

A simples coexistência conduz à necessidade de cumprir normas. Torna-se então necessário, que nas nossas decisões sejam tidos em conta os valores, princípios e normas de conduta (Piedade, 2007).

Refere Neto (2010a), que sem um verdadeiro trabalho de Equipa, não existem nem se pratica Cuidados Paliativos. Estes são responsáveis por uma intervenção técnica que exige formação e treino específica impreteríveis pelos Profissionais que os prestam.

Na área dos CP, a realização de diferentes princípios e valores éticos torna-se uma realidade, quer em relação aos doentes e seus familiares, beneficiários dos cuidados prestados, quer em relação aos próprios profissionais, da forma como se relacionam e lidam entre si, com os pares e restante equipa de saúde. O cuidado holístico e integral da pessoa em fase terminal e da sua família, a promoção da autonomia e a preservação e promoção da dignidade da pessoa humana são princípios a realizar (Pereira, 2010).

Estratégias Adotadas pelos Profissionais de Saúde na Tomada de Decisão

No seu dia-a-dia, os Profissionais de Saúde em Cuidados Paliativos são submetidos a situações em que têm tomar decisões que interferem com a liberdade dos outros. Existem situações-limite em que há dúvidas sobre a opção mais certa a tomar. São assim, situações que abrangem dilemas de difícil solução. Desta forma, o bom senso, uma boa comunicação, a atenção aos objetivos dos cuidados ao doente em fase terminal, o conhecimento dos desejos do doente e a manutenção de uma boa relação da equipa poderão ajudar na solução dos dilemas existentes (Piedade, 2007). Como salientam os PS, apontando o envolvimento da Equipa de Saúde, a informação da família, o respeito pela tomada de decisão do idoso, a tomada de decisão em Equipa de Saúde e a tomada de decisão com a Equipa de Enfermagem (referida por um Cuidador Formal) como estratégias adotadas na tomada de decisão.

Os princípios éticos são diretrizes onde devem assentar as decisões para o agir bem. No entanto, as suas limitações devem ser tidas em consideração, pelo que cabe aos PS aperfeiçoar a sua consciência ética profissional. No cuidar do doente em fase terminal, o objetivo máximo deve ser a promoção da qualidade tendo em vista a humanização do fim de vida (Piedade, 2007).

Segundo o Neto (2010b) o objetivo dos cuidados paliativos será sempre a prevenção dos sintomas indesejáveis, o seu tratamento adequado, a diminuição do sofrimento do doente e não o seu aumento, no respeito incontestável da vida humana. Esta premissa deve ser tida em conta, no processo complexo de tomada de decisão clínica nos doentes que se encontram em fase final de vida.

Face à dificuldade dos Profissionais de Saúde em encarar a aceitar a importância dos Cuidados Paliativos, é de salientar que o mérito da cura é igual ao da permissão do conforto do doente nos seus fins de vida. Assim como, o aceitar da inevitabilidade da morte ao mesmo tempo que lhe proporcionam o maior conforto possível (Neto, 2004). São duas premissas fundamentais para uma melhor tomada de decisão.

A gestão emocional quer do doente quer da família, a tomada de decisão não partilhada com a família (sendo esta negligenciada no processo) e a tomada de decisão individual foram também referidas como estratégias adotadas na tomada de decisão pelos PS. Neste contexto, a família apresenta-se como elemento secundário, não sendo objeto de

cuidados ou atenção especializados (Sapeta, 1997). Assim, o cuidado centrado na família torna-se um ideal e não uma prática comum (Wright & Leahey, 1994, citado por Moreira, 2006).

Os CP são cuidados de saúde preventivos que previnem o sofrimento causado por diversos sintomas (como por exemplo: dor, dispneia, confusão), pelas perdas físicas, psicológicas entre outras, relacionadas com a doença terminal e redizem o risco de luto patológico. Estes devem centra-se numa intervenção interdisciplinar, em que o doente e a sua família são o centro gerador das decisões da Equipa de Saúde (Neto, 2010a).

Sentimentos que Emergem aos Profissionais de Saúde na Tomada de Decisão

Segundo a SFAP (1999), um estudo realizado por Gauvain-Piquard e Rodary em dois hospitais parisienses em 1992, demonstrou que um em cada quatro enfermeiros apresenta um esgotamento profissional quer a nível físico como emocional (*burn out*).

A exposição constante à doença terminal e à morte, se não for enquadrada devidamente num trabalho de equipa e formação profissional credível pode levar à exaustão (*burn-out*). Entende-se por *burn-out*, a condição de exaustão física, psicológica e emocional, resultante do envolvimento intenso com pessoas que se encontram em situação prolongada e emocionalmente carente. Nestas condições pode mesmo ocorrer insatisfação profissional e perda de motivação (Neto, 2004).

No presente estudo foram identificados os sentimentos que emergem aos Profissionais de saúde na tomada de decisão perante o idoso em fase terminal: dever cumprido, tristeza, impotência, satisfação, angustia, frustração, dúvida e revolta.

Neto (2004) refere as situações de doença crónica e incurável podem ser vistas como casos de insucessos e ser encaradas como fontes de frustração, pondo mesmo em questão a própria qualidade técnica dos Profissionais, quando estes são apenas educados para curar.

O sentimento de dever cumprido e de satisfação revelam o contentamento dos PS, ao afirmarem que tudo que estava ao seu alcance foi feito, no sentido da promoção da qualidade de vida ao idoso que se encontra em fase terminal. A tristeza sentida pelos Profissionais de Saúde perante a situação de terminalidade vivenciada pelo idoso. O

sentimento de impotência e a frustração caracterizados pelo facto de os “ (...) *cuidados paliativos, mesmo de qualidade, não culminarem na cura, mas pelo contrário, no agravamento e na morte*” (SFAP,1999, p.56), isto é, pela incapacidade dos Profissionais por mais que atuem não conseguem evitar a inevitabilidade da morte. Aliado ao facto de, por falta de recursos humanos e de disponibilidade de tempo não poderem prestar os cuidados que deviam e queriam prestar, melhorando os mesmos. A angústia e o anseio de querer fazer algo mais e melhor, mas dado o diagnóstico já nada se pode modificar. A dúvida existente face às tomadas de decisão tomadas (Será que estamos a fazer o melhor para o idoso? Será que é a melhor opção?). A revolta perante a situação de terminalidade da vida, o porquê de estar acontecer.

Num estudo realizado por Sadala e Silva (2008), com o intuito de compreender como os alunos de Medicina percecionam os cuidados que prestam ao doente em fase terminal, defrontaram-se com relatos das dificuldades sentidas pelos participantes ao serem confrontados com a condição de terminalidade do doente, expressando sentimentos de medo, ansiedade, dor e insegurança. Verificaram também sentimentos de frustração, angústia e culpa.

Souza *et al.* (2013) acrescentam ainda a vivência de sentimentos de impotência, tristeza, medo e sofrimento, num estudo efetuado para conhecer os sentimentos experienciados pelos Enfermeiros perante a morte e o processo de morrer.

Estratégias de Coping Adotadas pelos Profissionais de Saúde na Tomada de Decisão

A morte é o maior desafio dos Profissionais de Saúde no seu trabalho, dado que de uma maneira geral, são educados para cuidar da vida (Costa & Lima, 2005). Esta pode ser frequente e marcar de alguma forma quem lida com ela.

Sabemos que a perda da relação existente com o idoso, o sofrimento deste e da família, as próprias crenças e a conceção sobre a vida, são fatores que interferem na prática dos Profissionais de Saúde. Para tal, torna-se fundamental a formação e a própria reflexão de forma a prevenir o *stress* e ajudar na deliberação dos dilemas e tomadas de decisão.

A comunicação de más notícias, os conflitos entre a equipa multidisciplinar, a comunicação entre os mesmos, a inexistência de objetivos comuns entre a equipa, a

inexistência de colaboração ou trabalho da equipa, a falta de apoio e compreensão entre os colegas, a adaptação à inexistência de cura, a exposição repetida à morte são alguns dos fatores que promovem o *stress*, que podem conduzir ao *burnout*, isto é, esgotamento profissional (Twycross, 2001).

Segundo Simões (2013), Freudenberg definiu *burnout* como um estado mental de exaustão, que leva a pessoa a uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenho, conjuntamente com sintomatologia física e mental, devido a um grau de exigência excessiva de energia no local de trabalho. Este pode por em causa a qualidade dos cuidados, as interações com os outros, devido ao distanciamento e comunicação pobre, acarretando assim complicações para a saúde e bem-estar do PS, assim como problemas para a instituição. A síndrome de *burnout* provoca alterações no indivíduo quer a nível individual, interpessoal e profissional, que podem interferir com a sua capacidade de tomar decisões.

Neste sentido, é necessário tomar atitudes que possam evitar tal esgotamento, tais como estratégias de coping.

O *coping*, de acordo com Lazarus e Folkman (1984, citados por Batista, 2008) é o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo que constituem um processo para lidar ou gerir solicitações específicas excessivas, independentemente da sua eficácia. Segundo os mesmos, as estratégias de coping consistem em minimizar, evitar, tolerar e até aceitar as condições stressantes assim como tentar controlar o meio. Lidar com o problema e controlar as emoções são as duas principais funções do *coping*.

Neste estudo foram identificadas como estratégias de *coping* a participação em reuniões multidisciplinares, a exteriorização de sentimentos, a adoção de uma atitude reflexiva, a partilha de experiências com a equipa de saúde e a expressão de sentimentos. Da mesma forma que Twycross (2001) assume o trabalhar em equipa, a boa comunicação entre a equipa, os recursos adequados e serviços de apoio, entre outros como estratégias que ajudam a preservar a saúde emocional e física, evitando assim o esgotamento.

Neto (2004) aponta as seguintes estratégias para prevenção do *burn-out*: aumento do conhecimento pessoal, o conhecimento do Profissional do seu próprio estilo de funcionamento, o aumento da formação pessoal e profissional, o cultivo de tempo próprio (isto é, o Profissional arranjar tempo para si), a partilha com pessoas de

confiança dos problemas e dificuldades que se encontra no quotidiano profissional e por fim, o reconhecimento do valor intrínseco do próprio trabalho.

Note-se que quer os médicos quer os cuidadores formais não identificaram/apontaram estratégias de *coping*, demonstraram desconhecimento ou inexistência destes estratégias que podem ajudar a melhorar os seus cuidados.

Sugestões/Comentários dos Profissionais de Saúde para um Melhor Cuidar do Idoso Institucionalizado em Fase Terminal

Na entrevista elaborada foi dada oportunidade aos Profissionais participantes de neste item darem a sua sugestão ou comentário sobre algo que para eles fosse necessário para melhorar os cuidados ao idoso em fase terminal. Neste sentido, foram obtidas algumas sugestões.

De acordo com a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006b) a formação é um dos principais alicerces da prestação de cuidados de enfermagem paliativos na Europa. Da mesma forma que o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2004) reconhece que a prática de CP “*com a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo existente de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais que são chamados à prática deste tipo de cuidados, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efetiva*” (p.2). Neste sentido, a formação diferenciada em CP é uma componente fundamental para a organização e qualidade deste tipo de cuidados e recursos específicos. A formação básica alargada será uma garantia da humanização dos cuidados de saúde e do aumento de qualidade da prestação das chamadas ações paliativas (DGS,2004) que decorrem nos diferentes âmbitos do sistema de saúde. Refere Neto (2010a) que “*Os organismos internacionais e nacionais de referência nesta área recomendam que os profissionais, nomeadamente os médicos e os enfermeiros, que acompanham estes doentes e as suas famílias tenham formação dita avançada – especializada – e não apenas formação básica em cuidados paliativos. Este aspecto é central para uma boa prática assistencial (...)*” (p.24).

De acordo com Pereira (2010) a doença terminal, exige dos Profissionais de Saúde o desenvolvimento de competências e atitudes específicas de forma a garantir e a promover a dignidade da pessoa, assegurando o seu bem-estar e máximo de conforto possível. Depreendemos assim a importância da formação em CP para os Profissionais de Saúde, principalmente Médicos e Enfermeiros.

A existência de protocolos no sentido de uniformizar os cuidados prestados, promovendo a continuidade dos mesmos, tendo em vista a melhoria.

Tal como já vimos anteriormente, para a prática de CP é essencial a existência de uma Equipa Multidisciplinar que incentive a uma prestação de cuidados harmoniosa, onde o principal objetivo é diminuir ou controlar os sintomas quer ao nível físico, psíquico, social e espiritual (abordagem holística). Só trabalhando em conjunto, é que esta torna os seus cuidados eficazes e de qualidade. Para Pereira (2010), é essencial que os cuidados prestados à pessoa em fase terminal sejam efetivados por uma Equipa multiprofissional, que centre a sua ação num trabalho de ordem interdisciplinar, em que cada situação seja avaliada e discutida em conjunto de modo a definir-se um plano de cuidados conjunto, contando com a cooperação de cada profissional, mediante a sua especialidade.

A sugestão de mais recursos humanos diz respeito à necessidade sentida pelos profissionais que diariamente são confrontados com a falta de elementos na equipa. As exigências do serviço são muitas e a disponibilidade dos profissionais é pouca face às necessidades dos idosos que devem ser supridas da melhor forma. O que mais agrava em situações de terminalidade da vida, em que os profissionais não têm capacidade para dar respostas às necessidades efetivas que o idoso em fase terminal apresenta. Podendo este, ficar em situação de quase abandono nos seus últimos momentos de vida.

Uma maior referenciação dos idosos em fase terminal para Cuidados Paliativos, deve-se à dificuldade extrema existente na Instituição, particularmente no serviço de apoio a dependentes, ao nível dos profissionais de saúde em definirem e assumirem o momento em que se deve parar com investidas de cura e iniciar palição.

A interação entre a Equipa de Enfermagem e a de Cuidadores Formais, foi referida por um Cuidador Formal. De acordo com o mesmo, a comunicação entre estas equipas deve

ser ainda mais eficaz. É de salientar que estes dois grupos de Profissionais são os que se encontram mais próximos dos idosos, cuidando deles 24 sobre 24 horas.

A expansão dos Cuidados Paliativos relaciona-se com a necessidade de abrir horizontes a estes cuidados, tão específicos e cada vez mais necessários. Neto (2010a) afirma que em Portugal não há serviços suficientes de CP credibilizados para colmatar as necessidades que o país apresenta a este nível de cuidados.

4. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Numa sociedade como a atual, em que se assiste a um envelhecimento cada vez mais notório da população, em que se verifica um novo modelo de estruturação familiar e em que as Estruturas Residenciais para Idosos se tornam uma solução para a maioria das famílias, estas devem apostar cada vez mais nos cuidados prestados aos idosos residentes, particularmente aos que se encontram na fase final da sua vida.

Verificou-se que a tomada de decisão dos Profissionais de Saúde de uma estrutura residencial perante o idoso em fase terminal é complexo e causador de alguma tensão. Para tal, adotam estratégias que os ajudam no processo da tomada de decisão, nomeadamente: o envolvimento da família e a tomada de decisão em Equipa de Saúde.

Neste sentido, apresentam-se algumas conclusões que aglutinam aspetos mais comuns ou que adquiriam maior expressividade no decurso do estudo.

1º O conceito de Cuidados Paliativos dos PS assenta fundamentalmente num cuidar que envolve as várias dimensões humanas.

2º Lidar com idosos em fase terminal, não é fácil para os Profissionais de Saúde, apontando diversas necessidades como: formação em Cuidados Paliativos; existência de prescrições terapêuticas adequadas à situação clínica e maior dinâmica no trabalho em equipa.

3º Os Profissionais de Saúde apresentam duas perspetivas relativas aos cuidados que prestam ao idoso em fim de vida. Para uns os cuidados prestados ao idoso em fase final de vida não passam de cuidados instrumentais. Para outros, o cuidado para além de ser fundamentalmente instrumental já tem em atenção a promoção do conforto.

4º A prestação de cuidados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna nem sempre é respeitada nem efetivada. Metade dos Profissionais de Saúde referem como adequada a sua prática no cuidar do idoso em fase terminal, para que este tenha uma morte digna, outra metade refere como desadequada.

5º A perceção dos Profissionais sobre a participação do idoso nos cuidados é diversificada. Para uns, o idoso deve ser considerado elemento da Equipa de Saúde, tendo direito à sua opinião nos cuidados para ele definidos, desde que apresente capacidades intelectuais (consciente e orientado) para o fazer, sendo respeitado desta

forma o direito de autonomia da pessoa idosa em fase terminal. Para outros, o idoso em fase terminal não passa de um sujeito passivo na determinação do plano de cuidados, sendo apenas submetido às medidas e ações sem ter sido em conta o seu parecer.

6º A doença incurável, progressiva, em fase avançada e terminal afeta não só a pessoa idosa em fase terminal, mas também a sua família. Esta realidade conduz a uma mudança e reestruturação de papéis para os quais nem sempre estão preparados. Na ERI, o seu papel na perspetiva dos Profissionais de Saúde é considerado importante na medida em que promove a socialização e comunicação. Todavia, assiste-se a situações em que a família não tem qualquer participação, sendo mesmo promotora de abandono.

7º O envolvimento da família do idoso em fase terminal é efetivado de acordo com o interesse da mesma.

8º O confronto diário dos Profissionais de Saúde com a doença terminal é algo complexo e de difícil explicação. A formação inexistente em Cuidados Paliativos, o défice de recursos humanos e a indisponibilidade foram as dificuldades mais apontadas pelos PS no cuidar do idoso institucionalizado numa ERI em fase terminal.

9º No cuidar da pessoa idosa em fase terminal, há situações que submetem os Profissionais de Saúde a uma atitude reflexiva e de extrema ponderação. São vários os dilemas que confrontam os PS diariamente. O saber até quando investir em medidas curativas, o aceitar decisões terapêuticas desajustadas à situação clínica, o saber até quando prolongar a vida, foram alguns apontados pelos entrevistados.

10º Para superação dos dilemas éticos os PS mobilizam algumas estratégias, tais como: reuniões multidisciplinares, adoção de atitudes terapêuticas adequadas, elaborar registos de enfermagem ajustados, entre outras.

11º A tomada de decisão perante o idoso em fase terminal é um momento delicado para os Profissionais de Saúde. O dever cumprido, a tristeza, a impotência, a angústia, a satisfação, a frustração, a dúvida e a revolta foram os sentimentos relatados pelos Profissionais envolvidos neste estudo, que emergem nesse instante.

12º Face à complexidade da terminalidade da vida, os PS adotam estratégias de *coping* de modo a facilitar a sua convivência com os idosos. Participar em reuniões

multidisciplinares, exteriorizar sentimentos, partilha de experiências com a Equipa de Saúde e a expressão de sentimentos, são algumas das mencionadas pelos mesmos.

13º Com vista a melhoria dos cuidados prestados ao idoso em fase terminal na Estrutura Residencial para Idosos, foram diversas as sugestões dadas pelos Profissionais de Saúde: a formação na área dos Cuidados Paliativos, a existência de protocolos, a existência de reuniões multidisciplinares, mais trabalho em equipa e em associação, a expansão da filosofia dos Cuidados Paliativos, uma maior referenciação dos idosos em fase terminal para os Cuidados Paliativos e mais interação entre a Equipa de Enfermagem e Cuidadores Formais.

14º Dada a pretensão de compreender a tomada de decisão efetuada pelos Profissionais de Saúde perante a pessoa idosa em fase terminal com a intensão de contribuir para a capacitação dos PS na tomada de decisão perante a pessoa idosa em fase terminal, a abordagem qualitativa demonstrou-se adequada e os objetivos forma alcançados.

15º Conclui-se que para uma tomada de decisão eficaz em Cuidados Paliativos, primeiro, deve-se assumir a complexidade do processo e desenvolver competências ao nível técnico nas diversas áreas de intervenção em que assentam este tipo de cuidados. Salienta-se o conhecimento dos princípios éticos e o trabalho em Equipa Multidisciplinar (Neto, 2010b).

Implicações do estudo

A urgência de aumentar a eficiência e a eficácia dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas em fase terminal invoca a necessidade do investimento na organização e estruturação da Equipa de Saúde, principalmente na área da formação. O rácio de Profissionais de Saúde existente no contexto estudado é insuficiente, pelo que é imperativo a organização neste sentido, com a finalidade de promover uma maior e melhor assistência aos idosos carenciados deste tipo de cuidados.

A descrição e as características dos cuidados prestados à pessoa idosa institucionalizada em fase terminal, conjuntamente com o défice de recursos humanos e a indisponibilidade de tempo dos mesmos demonstram a ausência de Cuidados Paliativos nas Estruturas Residenciais para Idosos. Todavia, contatou-se que são realizadas ações paliativas que promovem o bem-estar da pessoa idosa em fase terminal.

Foram identificadas dificuldades dos Profissionais de Saúde no relacionamento e interação quer com o idoso em fase terminal, quer com a sua família, pelo que se torna pertinente a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível da comunicação. Neste sentido, também é emergente uma maior articulação entre a Equipa de Saúde e os familiares da pessoa idosa em fase terminal, quer para o fornecimento de informação quer para o esclarecimento de dúvidas ou mesma participação no planeamento dos cuidados a prestar.

O confronto com a doença terminal e a morte é algo complexo e constrangedor para os Profissionais de Saúde, pelo que devem ser incentivada a criação de reuniões de Equipa (periódicas) para dar oportunidade aos elementos constituintes de se expressarem relativamente aos seus sentimentos/dificuldades/necessidades, de discutirem sobre determinadas práticas e situações e partilharem experiências. Será favorável para desmitificar alguns medos e anseios.

Face à falta de formação em Cuidados Paliativos demonstrada pelos Profissionais de Saúde, quer de conhecimentos teóricos quer de conhecimentos técnicos torna-se pertinente uma aposta na formação em Cuidados Paliativos, de forma a consciencializar os PS sobre a importância deste tipo de cuidados para o idoso em fim de vida.

Os resultados do presente estudo permitiram ainda, identificar a dificuldade dos Profissionais de Saúde objetivarem e diagnosticarem casos paliativos e ajustarem as suas medidas terapêuticas adequadamente. Torna-se pertinente a articulação/associação com uma Equipa de Cuidados Paliativos (do exterior), de forma a esta, assistir o Médico ou Enfermeiro da ERI nesta complexa tomada de decisão.

De forma a consciencializar a Instituição da realidade e lacunas dos cuidados prestados ao Idoso Institucionalizado em fase terminal e dar conhecimento das conclusões obtidas, sugere-se que se faculte o presente estudo à Direção da Associação onde se realizou o estudo, bem como à Direção Clínica e Técnica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, S.C.S., Lacerda, M.R. & Centa, M.L. (2005). Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. *Fam. Saúde Desenv.*, 7 (2), pp. 171 – 180.
- Antunes, A. (1998). Consentimento informado. In Serrão, D. & Nunes, R. (Coord.) *Ética em cuidados de saúde*, (pp. 13-28). Porto: Porto Editora.
- Argimon, I. I., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1), pp. 64-72.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (s.d). *O que são*. Retrieved from <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006a). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Retrieved from http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006 b). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP*. Retrieved from <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaes-formaoemcp-apcp.pdf>
- Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*. 39 (166), pp. 35-49.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, P.M.P.M.M. (2008). *Stress e Coping nos Enfermeiros dos Cuidados Paliativos em Oncologia*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Batista, K. T. & Seidl, E.M.F. (2011). Estudo acerca das decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. *Com. Ciências Saúde*, 22 (1), pp.51-60.
- Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Bogdan, R. & Biklen, S., (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Cabete, D. G. (2002). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

- Capelas, M. & Neto, I.G. (2010). Organização de serviços. In: Barbosa, A.& Neto, I. G. (Coords). *Manual de Cuidados Paliativos. (2ª edição)*, (pp.785-814). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carmel, S. (1999). Life-sustaining treatments: what doctors do, what they want for themselves and what elderly persons want. *Social Science & Medicine*, 49, pp. 1401-1408.
- Carpenito, L.J. (2002). *Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica*. (8ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carvalho, F. (2002). Dilemas das representações contemporâneas da velhice. *Terceira idade: Uma Questão para a Educação Social*, pp. 7-9.
- Castro, D.A. (2001). Psicologia e ética em cuidados paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21 (4), pp.44-51.
- Colom, R. (2006). O que é inteligência? In Flores-Mendoza, C. & Colom, R. (Eds). *Introdução à Psicologia das Diferenças Individuais*. Porto Alegre, Artmed.
- Costa, J.C. & Lima, R.A.G. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13 (2), pp.151-157.
- Cunha, J.M.A. (2004). *A autonomia e a tomada de decisão no fim da vida*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade do Porto, Portugal.
- Delgado, E.M. (2012). *Caracterização dos cuidados prestados ao doente terminal nas últimas 72 horas de vida*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Cuidados Paliativos*. Circular Normativa. Lisboa.
- Elias, N. A. (2001). *Solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- Elizari, F.J. (1996). *Questões de bioética – Vida em qualidade*. Porto: Ed Perpetuo Socorro.
- European Association for Palliative Care. (2013). Competências centrais em Cuidados Paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos. *European Journal of Palliative Care* 2013, 20 (2), pp. 86- 91 e 20 (3), pp. 140 - 145. Retrieved from <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSAxBB-azI%3D>
- Eurostat. (2011). *Europe in figures: Eurostat yearbook 2011*. Eurostat.

- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso: Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, M. A. G., Pontes, M. & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem: percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, pp. 358-366.
- Figueira, A.R. (2010). *Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome: Pensar o sofrimento*. (2ª edição). Porto: Ed. Afrontamentos.
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Formarier, M. (1994). Recherche en soins infirmiers. *Special Methodologie*. Lyon: Publication ARSI.
- Gutierrez, P.L. (2001). O que é o paciente terminal? *Rev Ass Med Brasil*, 47 (2), p. 85-109.
- Han, S. (2007). *Questões éticas no campo dos cuidados de enfermagem no fim da vida*. Retrieved from http://www.apcp.com.pt/uploads/questoes_eticas_no_campo_dos_cuidados_de_enfermagem_no_fim_da_vida.pdf
- Heidegger, M. (2008). *Ser e Tempo*. (3ª edição). Petrópolis: Editorial Vozes.
- INE (2012). Censos 2011: resultados pré-definitivos. *Destaque: informação à comunicação social*. Retrieved from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2
- INE (2013). *Revista de estudos demográficos*, 51-52. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Julião, M. & Barbosa, A. (2012). O conceito de dignidade em medicina. In Barbosa, A. (Coord.). *Investigação em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina, pp. 239-269.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro; IBGE.

- Leininger, M. (1984). Nature, rationale and importance of qualitative research methods in nursing. In Leininger, M.M. *Qualitative methods in nursing*. Orlando: Grune and Stration, (pp. 1-25)
- Lima, M.A.D.S, Almeida, M.C.P. & Lima, C.C. (1999). A utilização da observação participante da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *R. Gaucha. Enferm.* Porto Alegre, 20, pp.130-142. Retrieved from <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23461/000265980.pdf?sequence=1>
- Macdonald, N. (1998). *Palliative medicine: a case-based manual*. Oxford: Oxford University Press.
- Machado, K.D.G., Pessini, L. & Hossne, W.S. (2007). A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo. 1 (1), pp. 34-42.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida: Experiência durante a formação inicial de enfermeiros*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Marshall, B., Clark, J., Sheward, K. & Allan, S. (2011). Staff perceptions of end-of-life care in aged residential care: a New Zealand perspective. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), pp. 688-695.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, 39 (171), pp.339-363.
- Mayan, M.J. (2001). *An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals*. Edmonton: University of Alberta.
- Mazo, G.Z., Lopes, A.M. & Benedetti, B.T. (2001). *Actividade física e o idoso: Conceção gerontológica*. Porto Alegre, Brasil.
- Mccullough, L. B. et al. (2001). Ética preventiva na prática geriátrica. In: Reichel, W. *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. (5ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Meireles, C. (2008). Portal da Saúde Pública. *Cuidados Paliativos ... e o seu trabalho de excelência*. Retrieved from http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/CuidadosPaliativos_CMeireles.htm
- Melo, H.P. (2012). As directivas antecipadas de vontade. In Nunes, R.& Melo, H.P. *Testamento vital*. Coimbra: Edições Almedina. (pp.122-189).
- Menezes, R.A. (2003). “A Tecnologia e “Morte Natural”: o Morrer na Contemporaneidade”. In *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 13 (2), p 129-147

- Minayo, M.C.S. & Sanches, O. (1993). Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity?. *Cadernos Saúde Publica*, 9 (3), p. 239-262.
- Moreira, I.M.P.B. (2006). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. (2ª Edição). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- Moritz, R.D.; Lago, P.M.; Souza, R.P.; Silva, N.B.; Meneses, F.A.; Othello, J. C.B et al. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos. *Rev. Bras.Ter.Intensiva*, 20 (4), p. 422- 428.
- Neto, I. G. (2004). Para além dos sintomas: a dignidade e o sentido da vida na prática de cuidados paliativos. In Neto, I., Aitken, H., Paldron, T. *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência*, Cascais: Pergaminho.
- Neto, I.G. (2010a). O que são cuidados paliativos. In Neto, I. G. (Coord.). *Cuidados Paliativos: testemunhos*. Lisboa: Aletheia Editores, pp. 15-25.
- Neto, I. G. (2010b). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pp. 1-42.
- Neto, I. & Cabral, A. (2007). Ter direito a uma morte digna. In Seminário SOL. Retrieved from http://www.apcp.com.pt/uploads/artigo_sol_ter_direito_a_uma_morte_digna.pdf
- Neves, M. P. (1996). Morte e Morrer. *Cadernos de Bioética*, pp. 7-17
- Oliveira, A. C., Sa, L. & Silva, M. J. P. (2007). O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), pp. 286-290.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *O enfermeiro nas estruturas residenciais de idoso*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/OEnfermeironasEstruturasResidenciaisdeIdosos.aspx>
- Ordem dos Médicos. (2000). *Código Deontológico dos Médicos*. Retrieved from www.ordemosmedicos.pt
- Organização Mundial da Saúde. (s.d.). *Definição da OMS de Cuidados Paliativos*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian.

- Oriá, M.O.B., Moraes, L.M.P. & Victor, J. F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2). Retrieved from <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Osório, A. R. & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas, contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Payne, S. A., Langley-Evans, A. & Hillier, R. (1996). Perceptions of a good death: A comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliative Medicine*, 10, p. 307-312.
- Pereira, F.A. (2008). A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1 (2).
- Pereira, S.M. (2010). *Cuidados Paliativos : confrontar a morte*. Lisboa : Universidade Católica Editora.
- Pessini, L. (2001). *Distanásia até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola, p.218.
- Piedade, M. (2007). Aspectos éticos do final de vida em cuidados paliativos. *Enformação*. (7), pp.10-14.
- Pimentel, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A. M. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 2 (11), p.74-86.
- Portal da Saúde (2010). *Cuidados Paliativos*. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministerios+auade/cuidados+paliativos/cuidadospaliativos.htm>
- Portaria nº 67/2012 de 21 de Março do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). *Diário da República: I série*, No 58. Retrieved from http://www4.segsocial.pt/documents/10152/532229/Portaria_n_67_2012_21_marco
- Prodanov, C.C. & Freitas, E.C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho científico*. (2ª edição). Retrieved from <http://tconline.feevale.br/tc/files/06mqxzjogqh/Ebook%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>
- Quivy, Q. & Campenhoudt, V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências*. Lisboa: Gradiva.

- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Sadala, M.L.A. & Silva, M.P. (2008). Care for terminal patients: the experience of medical students. *Interface-Comunic., Saúde.Educ.*, 12 (24), p.7-21.
- Sapeta, P. (1997). *A família face ao doente terminal hospitalizado – o caso particular do Hal*. Dissertação de Mestrado: variante família e população, Universidade de Évora, Portugal.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lidel – edições técnicas.
- Serrão, D. (1995). Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final de vida. CNECV. Retrieved from http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059417_P011_FinalDaVida.pdf
- Serrão, D. (1998). A Ética Médica e os Custos dos Cuidados de Saúde. In Serrão, D. & Nunes, R. (Coord.). *Ética em Cuidados de Saúde*, (pp. 155-161). Porto: Porto Editora
- Silva, M.J.P. (2008). Falando da comunicação. In: Oliveira, R.A. (Org.), *Cuidado Paliativo*, pp.33-45). São Paulo: Cremesp.
- Silva, V. (2010). Qualidade de vida do idoso: cuidado do idoso, dever de quem? *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, 10 (110), p. 138-146.
- Simões, S.C.A. (2013). *Burnout em Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos [SFAP]. (1999). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos: “cuidar”: ética e práticas*. Lusociência – Edições técnicas e científicas.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. (2ª Edição). Porto: Ambar- Ideias no Papel. Coleção Idade do Saber, nº1.
- Souza, J. L. C. (2003). Asilo para idosos: o lugar da face rejeitada. *Jornal da Universidade Federal do Pará*, Belém, 4 (1), pp. 77-86.

- Souza, L.P.S., Ribeiro, J.M., Rosa, R.B., Gonçalves, R.C.R., Silva, C.S.O. & Aparecida, D. (2013). A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enfermeria Global*, 32, p. 230-237.
- Tavares, A.R., Pires, C.I. & Simões, J.A. (2011). Autonomia do Idoso: perspectiva ética, médica e legal. *Revista Portuguesa de Bioética*, 15, p. 329-352.
- Triviños, A.N.S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- WHO (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I

**PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO
ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

António
D. J. J.
4/12/13
06. DEZ 2013
SAD
SASV

INVÁLIDOS DO COMÉRCIO
04. DEZ. 2013* 8446

Exmo. Senhor

Presidente da Direção da Associação Inválidos
do Comércio, Lumiar

Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação de mestrado

Nome do Investigador Principal : Rita Cavadas Gonçalves Barbosa Ramos

Título do projecto de investigação:

"O Idoso Institucionalizado em Fase terminal"

Pretendendo realizar no Serviço de Apoio a Dependentes da Instituição Particular de Solidariedade Social – Inválidos do Comercio, o projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigadora principal, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexa-se toda a documentação necessária à submissão da Direção da Associação do referido projeto de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 04 de Dezembro de 2013

A Investigadora Principal

Rita Cavadas Ramos

INVÁLIDOS DO COMÉRCIO
Serviço de Apoio a Dependentes
Enf. Ch. Cova Mate
12/12/2013

António
INVÁLIDOS DO COMÉRCIO
Serviço de Apoio a Dependentes
Enf. Ch. Cova Mate
06/12/2013

APÊNDICES

APÊNDICE I
GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião de Entrevista Semiestruturada para Os Profissionais de Saúde de uma Estrutura Residencial para Idosos

- 1) *Identificar a perceção dos Profissionais de Saúde de uma estrutura residencial para idosos acerca do conceito de pessoa idosa em fase terminal.*
 - i. **O que entende por pessoa idosa em fase terminal?**
 - ii. **Qual o seu conceito acerca de Cuidados Paliativos?**

- 2) *Identificar os cuidados prestados à pessoa idosa em fase terminal numa estrutura residencial para idosos.*
 - i. **Que cuidados presta ao idoso em fase terminal?**
 - ii. **Acha que os cuidados que presta são suficientes para proporcionar uma morte digna? Justifique.**
 - iii. **Nos seus cuidados, o idoso participa na escolha terapêutica?**
 - iv. **A família é envolvida nos cuidados? Justifique.**
 - v. **Como vê o papel da família numa estrutura residencial?**

- 3) *Identificar as dificuldades e necessidades que os Profissionais de Saúde encaram nos cuidados diários prestados numa estrutura residencial para idosos.*
 - i. **Que dificuldade se depara no seu quotidiano ao cuidar do idoso em fase terminal?**
 - ii. **Que necessidades sente no prestar de cuidados ao idoso em fase terminal?**

- 4) *Identificar os dilemas éticos que os Profissionais de Saúde enfrentam nos cuidados diários prestados numa estrutura residencial para idosos.*
 - i. **Ao cuidar do idoso em fase terminal que dilemas éticos se colocam?**
 - ii. **Como procura superá-los?**

- 5) *Identificar as decisões tomadas pelos Profissionais de Saúde perante a pessoa idosa em fase terminal numa estrutura residencial para idosos.*
- i. **Ao adotar determinada medida terapêutica, esta é tomada em partilha com a restante equipa, com o idoso e com a família? Justifique.**
 - ii. **Que sentimentos emergem na tomada de decisão?**
 - iii. **Que estratégias de *coping* adota na tomada de decisão?**

Sugestões e comentários para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal

APÊNDICE II
CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo:

"O IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM FASE TERMINAL"

Eu, abaixo-assinado, _____,
compreendi toda a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se
tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada
oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive
resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de
Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os
métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além
disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha
participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a
minha pessoa

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / ____ / 2014

Assinatura do participante: _____

A Investigadora responsável:

Nome:

Assinatura:

CONSENTIMENTO INFORMADO
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

“O IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM FASE TERMINAL”

O presente estudo visa compreender as tomadas de decisão que são efetuadas pelos Profissionais de Saúde perante a pessoa idosa em fase terminal num serviço de apoio a dependentes de uma estrutura residencial para pessoas idosas.

Sucede-se no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos, pela mestrand Rita Cavadas Gonçalves Barbosa Ramos, licenciada em Enfermagem e Pós-Graduada em Cuidados Paliativos. Com esta investigação, aspira-se contribuir para a capacitação dos Profissionais de Saúde na tomada de decisão perante o idoso em fase terminal, sensibilizando os mesmos para a importância e necessidade dos cuidados paliativos.

Para que este estudo seja bem-sucedido, é importante que integre este desígnio, colaborando através da realização de uma entrevista semi-estruturada com questões orientadoras.

A sua colaboração neste estudo é voluntária e sem qualquer detrimento na relação de trabalho com a entidade empregadora, podendo recusar participar neste ou desistir, a qualquer momento. Todas as informações decorrentes do estudo são confidenciais e apenas serão subordinadas para fins científicos. No término do estudo, poderá aceder aos resultados do mesmo, os quais serão, se o desejar, remetidos através do contacto com a investigadora.

Será supervisora de todo o estudo a Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira, orientadora da Dissertação de Mestrado, Enfermeira com especialidade em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa e Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Este projeto de investigação foi aprovado e autorizado pela Direção, Diretor Clínico e Enfermeira-Chefe da Instituição de Solidariedade Social – Inválidos do Comércio.

Congratulamos condignamente, a sua cooperação neste estudo.

Lisboa, _____ de _____ de 2014.

A Investigadora,

(rita.cavadas.ramos@gmail.com) / (+351) 967744014.

APÊNDICE III
EXEMPLO DE TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA

Entrevista efetivada ao Profissional de Saúde: E2

1) Identificar a percepção dos Profissionais de Saúde de uma Estrutura Residencial para Idosos acerca do conceito de pessoa idosa em fase terminal.

i. O que entende por pessoa idosa em fase terminal?

Resposta: Pessoa idosa em fase terminal ... hmm ... uma pessoa acima dos 65 anos sendo pessoa idosa., mas o que interessa aqui é o conceito de fase terminal, portanto fase terminal é uma pessoa que à partida não existe nenhuma oferta terapêutica, que faça com que o quadro clínico reverta de uma forma positiva.

ii. Qual o seu conceito acerca de Cuidados Paliativos?

Resposta: Bem, cuidados paliativos seria bastante não é, mas pronto, cuidados paliativos são os cuidados que nós podemos prestar, para mim, de qualidade a partir do momento em que a pessoa se encontra numa fase terminal, ou seja, onde o cuidado que é prestado é sempre no sentido do conforto e na melhoria dos cuidados a proporcionar o momento mais, mais...não queria ser redundante, mas mais confortável, mais confortável até ao momento da morte.

2) Identificar os cuidados prestados à pessoa idosa em fase terminal numa estrutura residencial para idosos.

i. Que cuidados presta ao idoso em fase terminal?

Resposta: Nesta instituição os cuidados que se prestam aos doentes em fase terminal, têm por base o conforto, mas não é completo, portanto os cuidados paliativos que aqui se prestam, não são cuidados paliativos. São cuidados gerais de generalista e não enquanto enfermeiro de cuidados paliativos.

ii. Acha que os cuidados que presta são suficientes para proporcionar uma morte digna? Justifique.

Resposta: Como disse, não. (a referir-se à pergunta anterior) Não é digna por isto mesmo, porque os cuidados paliativos englobam alguns aspetos muito importantes nomeadamente a sensibilidade e atenção que estas pessoas necessitam e de todo nesta

instituição é impossível, não só pelos recursos humanos mas também pelos recursos materiais.

iii. Nos seus cuidados, o idoso participa na escolha terapêutica?

Resposta: Nunca. Nesta instituição, nunca.

iv. A família é envolvida nos cuidados? Justifique.

Resposta: Das pessoas que conheço que tiveram aqui em cuidados paliativos lembro-me apenas de uma família que foi envolvida mas ... hm ... envolvida... como é que eu hei-de explicar isto...a única coisas em que esteve envolvida realmente foi o facto de poder estar presente , porque todas as opções terapêuticas e todos os cuidados que foram prestados foram definidos nem sequer por uma equipa foi definido por cada enfermeiro que estava no presente momento mas nem sequer foi definido por uma equipa, não existe um médico, não existe um enfermeiro especialista, não existe nada nesse aspeto. Portanto, a família teve envolvida no sentido em que tava presente e portanto proporcionava esse conforto que é sempre necessário.

v. Como vê o papel da família numa estrutura residencial?

Resposta: a importância que tem? [explicação da pergunta] Nesta estrutura residência não é um papel ativo o que é lamentável.

3) Identificar as dificuldades e necessidades que os Profissionais de Saúde encaram nos cuidados diários prestados numa estrutura residencial para idosos.

i. Que dificuldades se depara no seu quotidiano ao cuidar do idoso em fase terminal?

Resposta: dificuldades ... olhe dificuldades de recursos humanos essencialmente. E nos recursos humanos ao nível dos conhecimentos, portanto os enfermeiros com falta de conhecimentos, os auxiliares com falta de conhecimentos, muito pouca formação isto nos recursos humanos e nos recursos materiais ao nível de todo o material que é necessário, entre camas, o facto de termos alimentações mal estruturadas para estas pessoas, o controlo da hidratação, enfim, diversos aspetos ao nível dos recursos materiais também.

ii. Que necessidades sente no prestar de cuidados ao idoso em fase terminal?

Resposta: que necessidades, sinto? Sinto conseguir suprimir as ... Infelizmente, as dificuldades que tenho.

4) Identificar os dilemas éticos que os Profissionais de Saúde enfrentam nos cuidados diários prestados numa estrutura residencial para idosos.

Ao cuidar do idoso em fase terminal que dilemas éticos se colocam?

Resposta: os dois mais óbvios, não é. Da maleficência e da beneficência. A não maleficência, no sentido em que não quero obviamente prestar maus cuidados, não quero ser mau com ele, mas o que é facto é que muitas vezes quando estamos a prestar cuidados deparamo-nos com por exemplo mobilizações que causam dor e que não são controladas por terapêutica, por exemplo, porque... Isso é uma das falhas que existe. Não existe uma terapêutica adequada para estas pessoas. E da beneficência, porque o facto de nós queremos ter sempre a preocupação de causar o bem para o utente muitas vezes este bem é muito mal definido é muito ténue a linha entre o que é bom para nós e o que é bom para o utente e a verdade é que grande parte deles daqui desta instituição estão acamados, estão inconscientes, não estão orientados portanto não têm uma palavra a dizer e portanto nós não sabemos definir o que é que é para eles o bem, portanto nós podemos querer retardar este processo ou não e se calhar eles podem querer ou não.

ii) Como procura superá-los?

Resposta: Nesta instituição a única forma é conseguir pensar que aquilo que eu estou a fazer é o que eu gostaria porque eles infelizmente não me respondem mas o que é facto é que custa muito, porque vemos que podemos causar dor, e na verdade também não conseguimos identificar se isto é realmente dor se não e obviamente outras questões mais importantes como a terapêutica que infelizmente não existe, e portanto aí não consigo superar nada, não há, não tenho ninguém que se preocupe com esta situação.

5) *Identificar as decisões tomadas pelos Profissionais de Saúde perante a pessoa idosa em fase terminal numa estrutura residencial para idosos.*

i. Ao adotar determinada medida terapêutica, esta é tomada em partilha com a restante equipa, com o idoso e com a família? Justifique.

Resposta: Não. Nunca, é uma pena. A partilha, olhe primeiro de tudo a estruturação de uma equipa era importantíssima que não existe. Depois esta equipa para além dos enfermeiros que existe enfermeiros com vontade de, não existe uma equipa bem formada. Não existe uma chefia neste sentido, não existe um médico neste sentido, não existe nutricionista, não existe um assistente social, não existe um psicólogo, existem estes profissionais mas não trabalham em equipa e a família e o idoso, como digo o idoso quase nunca participa, a família ainda menos.

ii. Que sentimentos emergem na tomada de decisão?

Resposta: que sentimentos? eu não sei muito bem...sei que os cuidados paliativos , as pessoas em cuidados paliativos necessitam um pouco de mais de respeito, portanto neste sentido eu acho que há uma despersonalização dos cuidados e portanto e ...e neste sentido acho que a tomada de decisão me faz sentir francamente triste no sentido em que eu quero mais e não consigo. Mas ao mesmo tempo faz-me sentir bem porque tento fazer alguma coisa.

iii. Que estratégias de coping adota na tomada de decisão?

Resposta: Isto é um bocado difícil de definir. Não que eu não saiba o que são estratégias de coping, mas realmente eu , eu sinto-me bem a prestar cuidados de paliativos . portanto eu não sinto grande necessidade de sei lá, sair daqui e ir aliviar o stress . Pelo contrario gosto bastante e portanto não me sinto com grande necessidade há pessoas com que me envolvo mais, custa um pouco mais claro, mas ..estrategias de coping no máximo é deitar para fora a raiva que sinto as vezes por não conseguir fazer mais por eles.

Sugestões e comentários para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal

Resposta: A única coisa que eu gostava é que os cuidados paliativos realmente fossem muito mais desenvolvidos nesta instituição e em outras porque infelizmente em Portugal os Cuidados Paliativos não são desenvolvidos de uma forma tao adequada quanto isso, é bom mas, muito muito aquém da expectativa e eu acho que era importante que os paliativos fossem um bocadinho pensados no sentido em que toda a gente tem direito a isso e neste momento apenas os privados têm qualidade na prestação de cuidados e muito poucos os públicos que desenvolvem qualidade. Portanto é neste sentido, que a sugestão era, ou os médicos com mais especialidade ou mais preocupados com estes cuidados e nesta instituição os enfermeiros e os médicos também claro.

APÊNDICE IV
MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS

Análise de dados (Médicos)

Área Temática: *Conceito de pessoa idosa em fase terminal na perspectiva dos Médicos de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pessoa idosa com doença progressiva e incurável		“Pessoa idosa em fase terminal, é alguém de idade avançada (...) que sofre de uma patologia que o levará a curto ou médio prazo à morte (...)”. (M1)
Pessoa em situação irreversível		“Pessoa em situação irreversível (...)”. (M2)

Área Temática: *Conceito de Cuidados Paliativos na perspectiva dos Médicos de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Cuidados promotores de conforto na dimensão física		“Cuidados Paliativos, são o conforto de todos os cuidados físicos (...)”. (M1)
Cuidados promotores de conforto na dimensão emocional		“Cuidados Paliativos, são o conforto de todos os cuidados (...) emocionais (...)”. (M1)
Cuidados promotores do alívio do sofrimento		“(…) devem ser prestados de forma a minimizar todo o sofrimento (...)”. (M1)
Cuidados promotores do alívio sintomático		“Providencia medidas de alívio sintomático (...)”. (M2)
Cuidados promotores de dignidade		“Providencia medidas (...) de dignidade”.(M2)

Área Temática: *Cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Médicos de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Promotores de conforto		“(…) de forma a proporcionar-lhe conforto (…”. (M1) “Cuidados físicos, como minimizar o seu sofrimento físico (…”. (M1)
Promotores do alívio da dor		“(…) de forma a proporcionar-lhe (… ausência de dor (…”. (M1)
Promotores de afetos		“(…) de forma a proporcionar-lhe (… carinho suficiente para suportarem dignamente o tempo que lhes resta de vida.” (M1)
Promotores da gestão emocional		“(…) cuidados emocionais de forma a evitar tristeza, depressão e ansiedade (…”. (M1)
Gestão nutricional		“Nutrição (…”. (M2)
Preventivos	Escaras	“(…) prevenção de escaras (…”. (M2)
	Infeções	“(…) e infeções.” (M2)

Área Temática: *Perceção dos Médicos de uma Estrutura Residencial para Idosos relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Adequados no proporcionar de uma morte digna		“ Sim (…) tento proporcionar todo o conforto físico/psíquico que o doente necessita”. (M1) “ Sim (…)”. (M2)

Área Temática: *Participação do idoso nos cuidados na perspectiva dos Médicos de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Participa nos cuidados		“Quando tem capacidade de decisão e mantém orientação necessária para tal, pode participar e optar por soluções terapêuticas.”. (M1)
Pouca participação nos cuidados		“Raramente, atendendo ao seu estado mental.” (M2)

Área Temática: *Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados na perspectiva dos Médicos de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Envolvimento efetivo	Prestação de cuidados instrumentais	“(…)Sempre que possível envolvemos a família nos cuidados e tratamentos a prestar(…)”. (M1)
	Gestão de expetativas	“Sim, para gestão de expetativas e defesa dos profissionais de saúde.” (M2)

Área Temática: *Perceção dos Médicos relativamente ao papel da família numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Intervenção relevante para promover a comunicação		“É fundamental, pois conhece o idoso melhor que ninguém, por ter com ele convivido durante anos, podendo alertar-nos para alterações comportamentais, físicas, psíquicas, alterações hábitos alimentares, etc.” (M1)
Intervenção relevante para promover a socialização		“Importante (...)”. (M2)

Área Temática: *Dificuldades sentidas pelos Médicos ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Rácio insuficiente de cuidadores		“A principal dificuldade a meu ver, é o numero de cuidadores (...)” (M1)
Disponibilidade dos cuidadores insuficiente		“(…) e tempo para poderem dispor a cada um dos residentes idosos (...)”.(M1)
Definir os limites da intervenção clínica		“Até onde deverão ser prestados cuidados de conforto ou requisição de exames”. (M2) “(…) limites da atuação clinica.” (M2)

Área Temática: *Necessidades sentidas pelos Médicos ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Ser capaz de proporcionar bem-estar ao idoso		“Necessidade de prestar todo o conforto e bem-estar (...)” (M1)
Ser capaz de aliviar o sofrimento ao idoso		(...) aliviando sofrimento(...)”. (M1)
Ser capaz de promover a autonomia ao idoso		(...)entando ocupar o seu tempo de forma a manter a sua autonomia e capacidades físicas e psíquicas, o mais ativas possível.” (M1)
Ser capaz de gerir as expetativas da família		“A gestão de expetativas da família (...)”. (M2)

Área Temática: *Dilemas éticos que emergem aos Médicos no cuidar do idoso em fase terminal numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Até quando investir em medidas curativas		“(…) o mais importante para mim é saber até quando se deve investir no prolongamento da sua vida, pois o proporcionar de uma morte digna e tranquila é um objetivo de qualquer

		instituição ou profissional de saúde.”. (M1)
Até quando investir em medidas terapêuticas invasivas		“Até onde deverão ser prestados cuidados de conforto ou requisição de exames”. (M2)

Área Temática: *Estratégias mobilizadas pelos Médicos de uma Estrutura Residencial para Idosos na superação dos dilemas éticos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Reuniões multidisciplinares		“O superar destas dificuldades, passa por reuniões multidisciplinares (...)”. (M1)
Adoção de atitudes terapêuticas adequadas à situação clínica		“Adotar a atitude clínica ao caso e à sua evolução”. (M2)

Área Temática: *Estratégias adotadas na tomada de decisão pelos Médicos de uma Estrutura Residencial para Idosos na tomada de decisão*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Envolvimento da Equipe de Saúde		“Habitualmente sim, envolvemos toda a equipe na tomada de decisões terapêuticas (...)”. (M1) “A interação entre médicos, enfermeiros, família e doente (...)”. (M1) “Sim, se a medida for controversa ou de risco”. (M2)
Informação da família		“(…) A participação e informação da família, torna-se importante, pois é de louvar e é útil.(…)”. (M1)
Gestão emocional		“Todas as tentativas de intervenção no sentido de diminuir as situações stressantes tanto para o doente, como para a família, que se consegue com informação permanente (...)”. (M1)
Respeito pela tomada de decisão do idoso e família		“São, em geral, decisões pessoais.” (M2)

Área Temática: *Sentimentos que emergem nos Médicos de uma Estrutura Residencial para Idosos na tomada de decisão*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Dever cumprido		“Sentimento de boa atitude profissional (...) sentimento de que foi feito o que estava ao nosso alcance para lhe proporcionar um fim de vida digno e confortável.” (M1)

Análise de dados (Enfermeiros)

Área Temática: *Conceito de pessoa idosa em fase terminal na perspectiva dos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pessoa em processo de fim de vida		“(…) algum tipo de patologia ou mesmo por senescência relacionada com a sua idade se encontra na sua fase final de vida.”. (E1)
Pessoa com idade superior a 65 anos em fase terminal		“Pessoa idosa em fase terminal (…) uma pessoa acima dos 65 anos sendo pessoa idosa (…)”. (E2) “ (….) idosa em fase terminal é alguém com mais de 65 anos (…)”. (E3)
Pessoa com doença irreversível e incurável		“Pessoa idosa em fase terminal (…) é uma pessoa que à partida não existe nenhuma oferta terapêutica, que faça com que o quadro clínico reverta de uma forma positiva.”. (E2) “(…) que atingiu um patamar (…) em que quaisquer intervenções não conseguirão a regressão do mesmo.” (E3)
Pessoa sem perspectiva de cura		“(…) em que não há perspectiva curativa mas sim a morte, como fase final.” (E4) “(…) pessoa em fase terminal como um utente cujos cuidados de saúde assentam num tratamento cujo objetivo curativo já não faz parte (…)” (E5)
Pessoa com doença no último estadio		“(…) no último estadio da doença (…)”. (E4)

Área Temática: *Conceito de Cuidados Paliativos na perspectiva dos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Cuidados promotores de Qualidade de Vida		“Os cuidados paliativos têm como grande objetivo a prestação de uma melhor qualidade de vida possível (…) em que são prestados cuidados que não

		<p>prolonguem a vida mas que melhorem a qualidade de vida (...). (E1)</p> <p>“(...) têm como objetivo principal não a função curativa (...) melhor qualidade de vida.” (E4)</p>
Cuidados promotores de afeto		<p>“(...) porque os cuidados paliativos englobam alguns aspetos muito importantes nomeadamente a sensibilidade e atenção que estas pessoas necessitam (...). (E2)</p>
Cuidados promotores de bem-estar		<p>“(...) todas as atitudes/medidas/intervenções de conforto e bem-estar tomadas (...). (E3)</p>
Cuidados prestados a pessoas com doença incurável		<p>“(...) quando já não é possível a reversão de uma patologia ou nível de envelhecimento.” (E3)</p> <p>“(...) cuidados a doentes aos quais lhe foi diagnosticado uma doença incurável (...). (E5)</p>
Cuidados que aceitam a inevitabilidade da morte		<p>“São os cuidados que são prestados (...) ao utente em fase terminal (...). (E4)</p> <p>“(...) não promovem a morte e são a favor da vida, aceitando a inevitabilidade da morte (...). (E5)</p>
Cuidados prestados a pessoas em fase aguda		<p>“(...) quando o utente atravessa uma fase aguda de determinada doença.” (E5)</p>
Cuidados centrados na pessoa e na família		<p>“(...) objetivo central o doente e não a sua doença, a sua família.” (E5)</p>

Área Temática: *Cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Promotores de qualidade de vida		“ (...) prestação de cuidados de enfermagem tentar prestar o máximo possível de qualidade de vida (...)”. (E1)
Promotores de uma morte digna		“ (...) prestação de cuidados de enfermagem tentar prestar (...) uma morte digna, sim.” (E1)
Promotores de conforto		<p>“Nesta instituição os cuidados que se prestam aos doentes em fase terminal, têm por base o conforto (...)”. (E2)</p> <p>“ (...) à base dos cuidados de conforto, de higiene (...)”. (E4)</p> <p>“ (...) prestar cuidados de conforto (...)”. (E5)</p>
Instrumentais		“(…) os cuidados paliativos que aqui se prestam, não são cuidados paliativos. São cuidados gerais de generalista e não enquanto enfermeiro de cuidados paliativos.”. (E2)
Administração e gestão de terapêutica		<p>“(…) administração e gestão de terapêutica.” (E4)</p> <p>“ (...) medicação analgésica para as dores (...)”. (E5)</p>
Medidas paliativas		<p>“ (...) mínimo de medidas invasivas (...)”.</p> <p>“Todos os cuidados curativos que visem o bem estar da mesma (...)”</p> <p>“(…) medidas o menos invasivas possíveis uma vez que não se visa a cura mas o máximo conforto e bem estar enquanto a pessoa vive.” (E5)</p>
Acompanhamento multidimensional do idoso e família		“ (...) acompanhamento do utente e família a todos os níveis (espiritual inclusive) (...)”. (E5)

Área Temática: *Perceção dos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Adequados no proporcionar de uma morte digna		<p>“ (...) prestação de cuidados de enfermagem tentar prestar (...) uma morte digna, sim.”(E1)</p> <p>“ (...) penso que proporciono uma morte digna à pessoa (...)”. (E3)</p>
Não adequados no proporcionar de uma morte digna		<p>“Como disse, não. Não é digna (...)”. (E2)</p> <p>“Julgo que não. Penso que se poderia fazer muito mais (...)”. (E4)</p> <p>“ Não, pelo facto e não ser possível acompanhar verdadeiramente o doente na sua fase final (...)” (E5)</p>

Área Temática: *Participação do idoso nos cuidados na perspetiva dos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pouca participação nos cuidados		<p>“Desde que tenha essa capacidade, deveria ter essa possibilidade. Não temos muito isso em conta (...). (E1)</p> <p>“Na medicação analgésica sim, uma vez que na restante não é possível (...)”. (E5)</p>
Não participa nos cuidados		<p>“Nunca. Nesta instituição, nunca.”. (E2)</p> <p>“Não.” (E4)</p>
Participa nos cuidados		<p>“Sempre que possível e que o utente esteja consciente e orientado, deixo que seja ele a tomar a decisão do que fazer.” (E3)</p>

Área Temática: *Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados na perspetiva dos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pouca participação da família		<p>“Muito pouco. Acho que aqui ainda temos uma grande barreira (...)”. (E1)</p> <p>“(…) lembro-me apenas de uma família que foi envolvida (...)”. (E2)</p> <p>“Maioritariamente a família não é envolvida nos cuidados. (...) são poucas as situações em que a família é conhecedora da situação do idoso (...)”. (E4)</p> <p>“ O mínimo possível. As visitas comuns.” (E5)</p>
Envolvimento de acordo com o interesse da família		<p>“Numa estrutura residencial temos vários tipos de família, as mais presentes, as mais ausentes, as que valorizam os nossos cuidados, as que desvalorizam e constantemente os que põem em causa. Todavia penso que cada vez mais envolvemos a família nos cuidados e mostramos abertura e disponibilidade para a presença deles nos cuidados.” (E3)</p>

Área Temática: *Perceção dos Enfermeiros relativamente ao papel da família numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Intervenção relevante para promover a socialização		<p>“Sendo que o primordial desta instituição seria proporcionar um ambiente mais familiar possível acho que seria muito benéfico tanto para o utente como para a própria equipa que a família pudesse participar o máximo possível.”. (E1)</p> <p>“Eu considero o papel da família importante (...)”. (E3)</p> <p>“A família tem um papel muito importante.” (E4)</p> <p>“devia de ser uma mais valia e um recurso à Enfermagem , por poder colmatar falhas, quer na assistência quer na vigilância, como acompanhamento do utente (...)”.</p>

		(E5)
Intervenção relevante para promover a comunicação		<p>“ (...) que tentam cada vez mais chegar até nós, ou seja, mesmo não estando presentes muitas vezes, quando estão é para eles importante e para nós também, a transmissão de informações e partilha de ideias.”</p> <p>(E3)</p>

Área Temática: *Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Deparar-se com prescrições terapêuticas desajustadas à situação clínica		<p>“ (...) alguns obstáculos como a medicação que muitas das vezes é prescrita não tendo em conta a fase em que se encontra o idoso (...)”.</p> <p>(E1)</p> <p>“(…) na proposta de cuidados médicos invasivos em que é muito difícil ultrapassar essas dificuldades não podendo recusar mas tentando dar a volta e prestando o melhor cuidado possível.”. (E1)</p>
Formação inexistente em Cuidados Paliativos		<p>“(…) dificuldades de recursos humanos essencialmente (...) ao nível dos conhecimentos (...) falta de conhecimentos (...) muito pouca formação isto nos recursos humanos (...)”. (E2)</p> <p>“(…) talvez por falta de conhecimento (...)”. (E4)</p>
Adequar o padrão alimentar		<p>(...)o facto de termos alimentações mal estruturadas para estas pessoas, o controlo da hidratação(...)”. (E2)</p>
Défi ce de recursos humanos		<p>“ (...) a vários fatores ((...) nº profissionais reduzido) (...)” (E3)</p> <p>“(…) uma vez que o rácio não</p>

		permite”. (E5)
Lidar com o processo de morrer		<p>“A conceção da morte e do fim, embora cada vez mais debatida no meu local de trabalho continua a ser difícil de aceitar com tranquilidade e como tomada de decisão acertada”. (E3)</p> <p>“(…) a minha grande dificuldade em lidar como fim, com a morte (…)” (E3)</p>
Aceitar o fim da vida		<p>“(…) para mim enquanto pessoa me seja muito difícil aceitar o fim (…”. (E3)</p> <p>“(…) acho que a maior dificuldade está em aceitar a fase terminal, aceitar o fim.” (E3)</p>
Estar disponível		“(…) a vários fatores (falta de tempo (…)) não temos a disponibilidade física e mental necessária (…).” (E3)
Falta de material logístico		“(…)além disso também há alguma falta de material logístico.” (E4)
Elaborar um plano ajustado às necessidades efetivas do idoso		“ estabelecer prioridades (….) avaliação do estado geral do mesmo incompleta (…”. (E5)
Validar queixas dos utentes		“(…) valorizar queixas dos utentes (…)” (E5)
Acompanhamento do idoso insuficiente		<p>“(…) por poder colmatar falhas, quer na assistência e vigilância, como acompanhamento do utente (…)” (E5)</p> <p>“(…) fraco acompanhamento”. (E5)</p>

Área Temática: *Necessidades sentidas pelos Enfermeiros ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Saber estabelecer comunicação com a família		“Acho que aqui ainda temos uma grande barreira, não tanto na comunicação do enfermeiro com a família mas sim do médico (...)”. (E1)
Existir Protocolos		“Sinto necessidade de haver protocolos (...)”. (E1)
Formação em Cuidados Paliativos		<p>“Sinto necessidade de haver (...) mais informação.” (E1)</p> <p>“ (...) considero que a falta muitas vezes de conhecimento(...)” (E3)</p> <p>“ (...) conhecimentos acerca da área.” (E4)</p> <p>“ Sinto que não presto os cuidados devidos, ainda mais tendo conhecimento agora, de um leque de questões que devem ser valorizadas e intervenções que devem ser praticadas. (...)” (E5)</p>
Saber prestar Cuidados Paliativos		“São cuidados gerais de generalista e não enquanto enfermeiro de cuidados paliativos” (E2)
Existência de prescrições terapêuticas adequadas à situação clínica		<p>“Não existe uma terapêutica adequada para estas pessoas.” (E2)</p> <p>“considero que a falta muitas vezes (...) meios técnicos para melhorar a qualidade de vida (...)” (E3)</p> <p>“ (...) falta terapêutica de conforto (...)”. (E3)</p> <p>“(...) não acho que temos as terapêuticas mais ajustadas à situação clínica que os utentes apresentam.” (E4)</p>
Estruturação da equipa de cuidados		<p>“(...) de conseguirmos reunir uma equipa multidisciplinar (...)”. (E1)</p> <p>“A partilha, olhe primeiro de tudo a estruturação de uma equipa era importantíssima que não existe (...)”. (E2)</p>
Espaço físico facilitador da privacidade		“(...) espaço físico para maior privacidade (...)”. (E3)
Existência de comunicação entre os pares		“Um suporte dos outros profissionais de saúde (...)” (E4)

Área Temática: *Dilemas éticos que emergem aos Enfermeiros no cuidar do idoso em fase terminal numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Aceitar decisões terapêuticas desajustadas à situação clínica		<p>“Novamente não poderemos ultrapassar a classe médica (...)”. (E1)</p> <p>“(…) mas também temos os dilemas éticos daquilo que a pessoa nos diz e do que nos é imposto pela ordem dos enfermeiros e pela nossa classe. (...)”. (E1)</p>
Proporcionando um efeito indesejado		<p>“A não maleficência, no sentido em que não quero obviamente prestar maus cuidados, não quero ser mau com ele, mas o que é facto é que muitas vezes quando estamos a prestar cuidados deparamo-nos com por exemplo mobilizações que causam dor e que não são controladas por terapêutica (...)”. (E2)</p>
Tomada de decisão centrada no idoso		<p>“E da beneficência, porque o facto de nós queremos ter sempre a preocupação de causar o bem para o utente muitas vezes este bem é muito mal definido é muito ténue a linha entre o que é bom para nós e o que é que é bom para o utente (...)”. (E2)</p>
Até quando prolongar a vida		<p>“(…) quem sou eu para não lutar ao máximo pela saúde, se cada vez mais a medicina está evoluída. Luto pela vida ou aceito o fim da vida???” (E3)</p> <p>“(…) se devemos ou não investir no idoso (...)”. (E4)</p> <p>“(…) o facto de realmente não prolongar a vida, mas sim permitir-lhe viver bem enquanto está vivo (...)” (E5)</p> <p>“(…) entubação nasogástrica (...)”. (E4)</p>
Tomada de decisão pelo outro		<p>“Enquanto pessoa posso decidir por outra pessoa?? Quando a pessoa não consegue decidir quem tem essa responsabilidade? Sou eu profissional? É a família que melhor o conhece, ou que às vezes conhece</p>

		<p>menos, que eu? A pessoa goza de plena capacidade de decisão ou não? Sendo idoso muitas vezes a capacidade mental e tomada de decisão está condicionada e agora? O que será que ele/ela gostaria que fosse feito??? É muito difícil decidir.” (E3)</p> <p>“ (...) poder de escolha do utente que tantas vezes é posto em causa ou desvalorizado por questões de ordem “maior” “. (E5)</p>
--	--	---

Área Temática: *Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos na superação dos dilemas éticos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Reuniões multidisciplinares	Procura de consensos	“Em reuniões de equipa, tentamos chegar a um consenso (...)” (E1)
	Estabelecimento de normas	“Em reuniões de equipa, tentamos chegar a um consenso e estabelecendo algumas normas (...)” (E1)
	Partilha de informação	<p>“ (...) aprendendo com a experiência dos outros (...)” (E3)</p> <p>“Mostrando abertura para ouvir a opinião do idoso e da sua família e discutindo estas questões em equipa multidisciplinar”. (E3)</p>
Elaborar registos de enfermagem ajustados		“(…) através de registos fidedignos e o mais completos possível.”. (E1)
Acreditar no seu modelo de cuidados		“Nesta instituição a única forma é conseguir pensar que aquilo que eu estou a fazer é o que eu gostaria (...) e portanto aí não consigo superar nada, não há, não tenho ninguém que se preocupe com esta situação.” (E2)
Estar disponível para aprender		<p>“Abrindo a minha mente a estas temáticas (...)”. (E3)</p> <p>“ (...) aumentando o conhecimento (...)”. (E3)</p>

		“ Com a procura de literatura (...)” (E4)
Favorecer a vontade do idoso		“Principalmente, colocando a opinião/vontade do idoso à frente da minha (...)”. (E3)
Recurso à equipa de saúde		“ (...) é recorrer aos colegas, aos outros profissionais de saúde , quer sejam médicos ou enfermeiros.” (E4)
Recurso à formação		“Através da educação dos profissionais e alertas para todas estas questões!” (E5)

Área Temática: *Estratégias adotadas na tomada de decisão pelos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos na tomada de decisão*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Tomada de decisão em Equipa de Saúde		<p>“Com a restante equipa sim.”.(E1)</p> <p>“(…) Com o idoso, se este estiver consciente e orientado tentamos também procurar que isso aconteça .” (E1)</p> <p>“Com a restante equipa sim, com o idoso também sempre que o mesmo tem essa capacidade mantida, com a família nem tanto, pois como já refeir depende muito da família (...) sempre que consideramos que é uma família presente (...) é tida nem consideração.” (E3)</p> <p>“ (...) na maioria dos casos é só partilhada com a equipa e nem sempre com todos os elementos da equipa (...)”: (E4)</p> <p>“Não, é apenas discutida com o medico em questão e enfermeiro presente.” (E5)</p>
Tomada de decisão não partilhada com a família		“(…) com a família como eu já disse , a família é um bocadinho negligenciada nesta fase.”. (E1)
Tomada de decisão individual		“Não. Nunca, é uma pena. A partilha, olhe primeiro de tudo a estruturação de uma equipa era importantíssima que não existe. Depois esta equipa para além dos enfermeiros que existe enfermeiros com vontade de, não existe uma equipa bem formada. (...)” (E2)

Área Temática: *Sentimentos que emergem nos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos na tomada de decisão*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Dever cumprido		<p>“(…) mas sim prestar a melhor qualidade de vida possível e acho que é esse sentimento que nos guia apesar de não termos nenhuma norma, nenhum protocolo definido.” (E1)</p> <p>“(…) e dever cumprido (…).” (E3)</p> <p>“(…) e de valorização do outro”. (E3)</p>
Tristeza		<p>“(…) portanto neste sentido eu acho que há uma despersonalização dos cuidados e portanto e ...e neste sentido acho que a tomada de decisão me faz sentir francamente triste (…”. (E2)</p>
Impotência		<p>“(…) no sentido em que eu quero mais e não consigo.” (E2)</p>
Satisfação		<p>“(…) Mas ao mesmo tempo faz-me sentir bem porque tento fazer alguma coisa.”.(E2)</p> <p>“(…) eu sinto-me bem a prestar cuidados paliativos (…”. (E2)</p> <p>“(…) sentimentos de satisfação (…”. (E3)</p> <p>“(…) sentimentos de superação de mim próprio (…”. (E3)</p>
Angústia		<p>“Sentimento de angústia (…)” (E3)</p>
Frustração		<p>“(…) frustração (…): (E3)</p> <p>“Sem dúvida o fraco acompanhamento e fraca vigilância dos doentes é a maior frustração.” (E5)</p> <p>“Frustração.” (E5)</p>
Dúvida		<p>“(…) aquela sensação que fica se realmente estamos a fazer o que é melhor ou não para o utente e se está, se é o mais correto (…”. (E4)</p>

Área Temática: *Estratégias de coping utilizadas pelos Enfermeiros de uma Estrutura Residencial para Idosos na tomada de decisão*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Participar em Reuniões de equipa		“Através de reuniões de equipa e também envolvendo a chefia e a direção clínica para tentar tomar a melhor decisão possível.” (E1)
Exteriorizar sentimentos		“(…) no máximo é deitar cá para fora a raiva que sinto às vezes por não conseguir fazer mais por eles.” (E2)
Adotar uma Atitude reflexiva		“Reflexão uma vez que me conheço e sei que tenho essa dificuldade.” (E3)
Partilha de experiências com a Equipa de Saúde		“Ouvir a opinião/Experiência de colegas enfermeiros e outros (…)” (E3) “(…) em debate com os colegas de profissão, portanto.” (E4)
Expressão de sentimentos		“(…) escutar o idoso e valorizar a sua opinião”. (E3) “Tento ao máximo valorizar, avaliar e compreender as queixas dos utentes por forma a acreditar que enquanto pessoa e enfermeira faço a diferença e cuido aquele doente como um ser único”. (E5)

Área Temática: *Sugestão/Comentário para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Formação na área dos Cuidados Paliativos		“Acho que para estarmos todos cientes do que estamos a fazer devíamos ter mais formação nesta área (…).” (E1) “(…) Portanto é neste sentido, que a sugestão era, ou os médicos com mais especialidade ou mais preocupados com estes cuidados e nesta instituição

		<p>os enfermeiros e os médicos também claro.” (E2)</p> <p>“(…) desenvolver também os conhecimentos (…”. (E4)</p> <p>“ É bom existir alguém que explore e desenvolva estas temáticas que se deixaram esquecidas nos cuidados à pessoa e nomeadamente ao idoso.” (E3)</p> <p>É bom que estes estudos e formação se façam em residenciais de idosos, pois ainda há muito o preconceito do enfermeiro que aqui trabalha ser menos atualizado, experiente e estagnado na formação”. (E3)</p> <p>“Sugiro formação em serviço nesta area de modo a atualizar os profissionais (...) faze-los refletir nas suas praticas (...)”. (E3)</p> <p>“ (...) desenvolver (...) as competências dos profissionais de saúde.” (E4)</p>
Existência de protocolos		<p>“ (...) deveríamos ter também protocolos (...)”. (E1)</p>
Existência de Reuniões Multidisciplinares		<p>“ (...) existirem reuniões multidisciplinares e que envolvesse a família , o idoso , as equipas de assistentes sociais e psicólogos que existem mas que ainda trabalham um bocadinho individualmente.”. (E1)</p>
Mais de trabalho em equipa e associação		<p>“(…) Eu acho que se trabalhássemos todos em conjunto conseguíamos obter melhores resultados.”. (E1)</p>
Expansão da filosofia dos Cuidados Paliativos		<p>“A única coisa que eu gostava é que os Cuidados Paliativos realmente fossem muito mais desenvolvidos nesta instituição e em outras porque infelizmente em Portugal os Cuidados Paliativos não são desenvolvidos de</p>

		uma forma tao adequada quanto isso (...)”. (E2)
Maior referenciação dos idosos em fase terminal para os cuidados paliativos		“(…) acho que deveriam de ser encaminhados para tal, referenciados como sendo doentes terminais e prestar-lhes melhores cuidados (...)” (E4)

Análise de dados (Cuidadores Formais)

Área Temática: *Conceito de pessoa idosa em fase terminal na perspectiva dos Cuidadores Formais de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pessoa dependente nas AVD's		“Pessoa idosa em fase terminal, é um idoso que se torna dependente de terceiros, para as suas necessidades básicas (higiene diária, auxílio para se alimentar e atenção redobrada para que possa ter alguma qualidade de vida que lhe resta)”. (CF1)
Pessoa com necessidades afetivas		“(…) precisa de muito carinho e até de alguma cumplicidade entre idoso e auxiliar.”. (CF1)
Pessoa em processo de fim de vida		“(…) uma pessoa que já está no seu limite, na sua fase de vida.” (CF2)
Pessoa com doença progressiva e incurável		“(…) estado grave de doença para o qual não é possível pensar em cura e cuja evolução caminha para a morte.” (CF3)

Área Temática: *Conceito de Cuidados Paliativos na perspectiva dos Cuidadores Formais de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Cuidados prestados à pessoa em sofrimento		“Os cuidados paliativos são

		prestados a idosos em condições de sofrimento constante e progressivo.” (CF1) “Doenças incuráveis que merecem ter uma minimização do seu sofrimento.” (CF1)
Cuidados estruturados e em equipa		“Estes cuidados devem ser estruturados e conciliados em equipa (...)”. (CF1)
Cuidados promotores de afeto		“(…) (Porque todos nós merecemos ser amados e acarinhados até ao fim das nossas vidas).” (CF1)
Cuidados promotores do alívio sintomático		“(…) têm como responsabilidade de tratar não só a dor (...)”. (CF3)
Cuidados centrados na pessoa e na família		“(…) promovendo um apoio completo ao doente e à família.” (CF3)

Área Temática: *Cuidados prestados ao idoso em fase terminal pelos Cuidadores Formais de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Promotores de conforto	Cuidados de higiene	“(…) prestar o auxílio na higiene diária dando-lhe algum conforto (...)”: (CF1) “Os cuidados que nós prestámos ao idoso na instituição é a nível de higiene, tentar dar o melhor conforto possível.” (CF2)
	Posicionamentos/mobilização	“Posicionamentos, tentamo-lo fazer de 2/2horas (...)” (CF2)
	Hidratação	“(…) higiene, hidratação, posição e conforto.” (CF3)
Afetivos	Dar Carinho Dar Segurança	“(…) e carinho. Tento transmitir-lhes alguma segurança no dia-a-dia (...)”: (CF1)
Administração de alimentação		“Diariamente tento dar a

		<p>alimentação necessária a cada idoso.” (CF1)</p> <p>“Sim, à exceção das sondas (...):” (CF2)</p> <p>“Os cuidados prestados são alimentação (...):” (CF3)</p>
--	--	--

Área Temática: *Percepção dos Cuidadores Formais de uma Estrutura Residencial para Idosos relativamente aos cuidados prestados ao idoso em fase terminal com a intencionalidade de uma morte digna*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Não adequados no proporcionar de uma morte digna		<p>“Não dou tanto como gostaria, na maioria das vezes, mas todo o tempo que existe para conciliar todo o trabalho inerente às minhas funções não é tanto assim.”. (CF1)</p> <p>“É assim, eu acho que faço o melhor que posso, o melhor que sei. Mas tenho noção que poderia ser muito melhor.” (CF2)</p>
Adequados no proporcionar de uma morte digna		<p>“Penso que sim...porque têm todos os cuidados essenciais.” (CF3)</p>

Área Temática: *Participação do idoso nos cuidados na perspectiva dos Cuidadores Formais de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Pouca participação nos cuidados		<p>“ Tento interagir com eles sempre que possível, mas na maioria dos casos faço o que tenho a fazer simplesmente.” (CF1)</p>
Participa nos cuidados		<p>“É assim, o idoso participa até ter consciência, o idoso deve participar em tudo, porque é assim a opinião final é do idoso (...).” (CF2)</p> <p>“ (...) é a ideia do idoso que prevalece sempre nunca a nossa.”</p>

		(CF2)
Não participa nos cuidados		“ Não.” (CF3)

Área Temática: *Envolvimento da família do idoso em fase terminal nos cuidados na perspetiva dos Cuidadores Formais de uma Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Envolvimento efetivo		“Penso que a família é envolvida nos cuidados (...)” (CF1)
Sem envolvimento		“ Mas também sei que infelizmente são (depositados) nestas instituições e nem querem saber.” (CF1)
Envolvimento de acordo com o interesse da família		“É assim, a família é envolvida quando se presta que tem interesse em ser...quando a própria família mostra que tem interesse em se envolver.” (CF2)
Envolvimento parcial		“Não diretamente...mas está informada de todos os cuidados prestados.” (CF3)

Área Temática: *Perceção dos Cuidadores Formais relativamente ao papel da família numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Intervenção relevante para promover a socialização		<p>“A família é muito importante. Se o idoso se sentir acompanhado pela sua família, será mais leve o seu dia-a-dia.”. (CF1)</p> <p>“Vejo bem quando assim o é, quando são presentes, quando aparecem, quando estão, sim senhora acho que é uma mais valia para o idoso (...)”. (CF2)</p>
Intervenção relevante para promover o bem estar emocional		“Demonstram preocupação e carinho pelos seus.” (CF3)

Área Temática: *Dificuldades sentidas pelos Cuidadores Formais ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Indisponibilidade de tempo		<p>“A maior dificuldade para mim é o fator tempo.”. (CF1)</p> <p>“Mas face ao trabalho que se tem, face aos doentes que temos por vezes ficam aquém um pouco (...)”. (CF2)</p>
Lidar com o processo de morrer		<p>“É assim é lógico que não é fácil. É uma fase em que, muito complicada.” (CF2)</p>
Gerir as emoções		<p>“Em que se calhar nós certa forma podemos rever algum dos nossos...pode até chocar porque uma pessoa está a passar por aquilo (...)”. (CF2)</p> <p>“ (...) e eu não posso mostrar nem medo nem receio porque não vou criar confiança (...)”. (CF2)</p>
Compreender os sentimentos do idoso		<p>“Dificuldade em compreender o que eles sentem.” (CF3)</p>

Área Temática: *Necessidades sentidas pelos Cuidadores Formais ao prestar cuidados ao idoso em fase terminal numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Estar disponível		<p>“ (...) Nestes casos, é necessário descontrair com o utente, se eles nos sentirem agitados, sempre em correria, stressados, ansiosos irão ficar muito mais retraídos e contidos, não estarão em “paz”, (fator tempo). Talvez seja eu...mas gosto de perceber que cada um à sua maneira gosta do que tento transmitir-lhes.”. (CF1)</p>
Formação em Cuidados Paliativos		<p>“(...) acho que deveria de haver algum tipo de formação específica</p>

		para que possamos perceber qual a forma mais correta de os poder posicionar sem causar tanto sofrimento.”. (CF1)
Partilhar afetos		“ Sinto necessidade de lhes prestar algum conforto e carinho.” (CF3)

Área Temática: *Dilemas éticos que emergem aos Cuidadores Formais no cuidar do idoso em fase terminal numa Estrutura Residencial para Idosos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Respeito pela vontade		“Há decisões que temos de tomar mesmo que não estejam no programa diário, desde que favoreçam a qualidade e o bem estar do utente. Se um utente tem como objetivo fazer levantar, numa situação pontual se o melhor é não o fazer então não o farei.” (CF1)
Dar resposta às necessidades efetivas		“ (...) acho que se tem que avaliar o utente, a situação do utente e há que dar uma capacidade de resposta (...)”: (CF2) “ Por vezes o dilema de prestar um bem estar.” (CF3)

Área Temática: *Estratégias mobilizadas pelos Cuidadores Formais de uma Estrutura Residencial para Idosos na superação dos dilemas éticos*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Recurso á Equipa de Enfermagem		“ (...) mas tento participar, todas as que considero “anomalias” aos enfermeiros e procuro soluções junto dos mesmos.” (CF1) “Sempre que há alguma coisa para resolver tenta-se com a equipa de enfermagem (...)”. (CF2) “Supero com uma interajuda de outros profissionais.” (CF3)

Área Temática: *Estratégias adotadas na tomada de decisão pelos Cuidadores Formais de uma Estrutura Residencial para Idosos na tomada de decisão*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Tomada de decisão partilhada com a Equipa de enfermagem		“Sim, é. Existe sempre comunicação, da nossa parte prestadores de cuidados e como ao bocado referi também com a equipa de enfermagem (...)”. (CF2)

Área Temática: *Sentimentos que emergem nos Cuidadores Formais de uma Estrutura Residencial para Idosos na tomada de decisão*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Revolta		“ (...) às vezes um bocado de revolta (...)”. (CF2)

Área Temática: *Sugestão/Comentário para um melhor cuidar do idoso institucionalizado em fase terminal*

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Mais interação entre equipa de Enfermagem e Cuidadores Formais		“Mais parceria entre enfermagem e auxiliar e vice-versa”. (CF1)
Mais recursos humanos		“ (...) haver mais prestadores de cuidados.” (CF2)